الضغوطات وأساليب التكيف لدى مرضى ديال الدم في المستشفيات الحكومية والخاصة في مدينة عمان

إعداد

ديما عبدالله البقاعين

إشراف

الدكتور صلاح حمدان اللوزي

قدمت هذه الرسالة استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في العمل الاجتماعي

كلية الدراسات العليا

الجامعة الأردنية

ايار، ٢٠١٠

قرار لجنة المناقشة

نوقشت هذه الرسالة (الضغوطات وأساليب التكيف لدى مرضى ديال الـــدم فـــي المستـــشفيات الحكومية والخاصة في مدينة عمان) وأجيزت بتاريخ ٢٠١٠/٣/٢١.

أعضاء لجنة المناقشـــــــــة	التوقيــــــــــــــــع
الدكتور صلاح اللوزي، مشرفاً أستاذ مشارك – العمل الاجتماعي	....
الدكتور محمد المعاني، عضواً أستاذ مشارك – العمل الاجتماعي	....
الدكتور عبد الكريم الفايز، عضواً أستاذ مساعد – العمل الاجتماعي	....
الدكتور عبد العزيز خزعلي، عضواً أستاذ دكتور – علم الاجتماع (جامعة اليرموك)	....

الشكر والتقدير

أتقدم بالشكر والامتنان من الدكتور صلاح اللوزي المشرف على هذه الرسالة والذي كان بنصحه المتواصل خير مرشد في جميع مراحل انجاز هذا العمل.

كما أشكر أيضا كل من ساهم في تسهيل مهمة إجراء هـذه الدراسـة. أشـكر أولا الكـادرين الإداري والطبي في مستشفى البشير والمستشفى التخصصي. وأخص بالـشكر أيـضا جميـع مرضى ديال الدم الذين تمت مقابلتهم. أشكرهم على تعاونهم، وصبرهم الذي لا يعرف الملـل، فلقد تعلمت الكثير منهم.

كما أتقدم بالشكر إلى القسم الخاص بشؤون مرضى الكلى في دائرة التأمين الصحي، والـسجل الوطني لمرضى الكلى التابعين لوزارة الصحة في الاردن، علـى اسـتقبالهم لـي وتزويـدي بالمعلومات اللازمة.

كل الامتنان أيضا للجنة الأساتذة الكرام الذين أشرفوا على تحكيم استبانة الدراسـة، ولأعـضاء لجنة مناقشة الرسالة أيضا.

أخيرا، أشكر الأهل والأصدقاء الذين لم يمنوا علي أبدا بدعمهم وتشجيعهم خلال هذا الجهد.

ديما البقاعين

قائمة المحتويات

المحتوى	رقم الصفحة
- **قرار لجنة المناقشة**	ب
- **الشكر والتقدير**	ج
- **قائمة المحتويات**	د
- **قائمة الجداول**	ح
- **قائمة الأشكال**	ط
- **قائمة الملاحق**	ي
- **الملخص باللغة العربية**	ك
- **الفصل الأول (مدخل إلى الدراسة)**	١
١-١ المقدمة	١
١-٢ مشكلة الدراسة	٣
١-٣ أهمية الدراسة ومبرراتها	٤
١-٤ أهداف الدراسة	٤
١-٥ الخلفية النظرية	٥
١-٥-١ المرض المزمن	٥
١-٥-٢ مرض الكلى المزمن	٦
١-٥-٢-١ ماهيته ومراحل تطوره	٦
١-٥-٢-٢ فشل الكلى المزمن: المسببات وعوامل الخطورة	٨
١-٥-٢-٣ أعراض مرض فشل الكلى المزمن الجسدية والنفسية والاجتماعية	١٠
١-٥-٢-٤ وسائل العلاج البديلة	١٢
١-٥-٢-٥ مرض فشل الكلى المزمن: حجم المشكلة ومؤشرات رقمية	١٤
١-٥-٣ الضغوطات وأساليب التكيف لدى مرضى فشل الكلى المزمن	٢٠
١-٥-٣-١ التكيف: المفهوم والدلالات	٢٠
١-٥-٣-٢ النموذج التسلسلي حول الضغط النفسي، التقييم والتكيف	٢٣

المحتوى	رقم الصفحة
- الفصل الثاني (دور الاخصائي الاجتماعي الطبي)	٢٨
٢-١ العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الصحية	٢٨
٢-٢ العمل الاجتماعي في رعاية مرضى فشل الكلى المزمن	٣٠
٢-٢-١ أدوار الأخصائي الاجتماعي الطبي في رعاية مرضى فشل الكلى المزمن	٣٢
أولا: دور الأخصائي الاجتماعي الطبي مع المريض	٣٣
ثانيا: دور الأخصائي الاجتماعي الطبي في المستشفى	٣٧
ثالثا: دور الأخصائي الاجتماعي الطبي مع أسرة المريض	٣٨
رابعا: دور الأخصائي الاجتماعي الطبي مع المجتمع	٣٩
-الفصل الثالث (الدراسات السابقة)	٤٠
٣-١ مقدمة	٤٠
٣-٢ الدراسات الاجنبية	٤١
٣-٣ الدراسات العربية	٥٠
٣-٤ التعليق على الدراسات السابقة	٦٠
٣-٥ اضافات الدراسة الحالية الى الدراسة السابقة	٦١
٣-٦ تساؤلات الدراسة	٦١
-الفصل الرابع (منهجية الدراسة)	٦٣
٤-١ منهج الدراسة	٦٣
٤-٢ مجتمع الدراسة	٦٤
٤-٣ أدوات جمع البيانات	٦٦
٤-٤ المجال الزمني للدراسة	٧٠
٤-٥ محددات الدراسة	٧١
٤-٦ صعوبات الدراسة	٧١
٤-٧ التعريفات الاجرائية لمفاهيم الدراسة	٧٢
٤-٨ التحليل الإحصائي	٧٤
- الفصل الخامس (نتائج الدراسة)	٧٥

المحتوى	رقم الصفحة
٥-١ خصائص المبحوثين من مرضى ديال الدم	٧٥
٥-١-١ الخصائص الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية	٧٥
٥-١-٢ الخصائص المرضية والعلاجية	٧٨
٥-٢ الضغوطات التي يتعرض لها مرضى ديال الدم	٨١
٥-٢-١ الضغوطات الجسدية	٨١
٥-٢-٢ الضغوطات المتعلقة بالمعالجة الطبية	٨٧
٥-٢-٣ الضغوطات المتعلقة بالأسرة	٩٤
٥-٢-٤ الضغوطات النفسية	٩٧
٥-٢-٥ الضغوطات المتعلقة بنمط الحياة	١٠٤
٥-٢-٦ مكونات الضغوطات مجتمعة	١٠٨
٥-٣ مقياس جالويك للتغلب على المشاكل أو المصاعب التي تواجه الإنسان	١٠٩
- **الفصل السادس (الاستنتاجات والتوصيات)**	١١٩
٦-١ ملخص نتائج الدراسة	١١٩
أولا: النتائج المتعلقة بالخصائص الديمغرافية، والاجتماعية، والاقتصادية للمبحوثين من مرضى ديال الدم	١١٩
ثانيا: النتائج المتعلقة بالخصائص المرضية والعلاجية لمرضى ديال الدم	١٢١
ثالثا: النتائج المتعلقة بالضغوطات التي يتعرض لها مرضى ديال الدم	١٢٢
رابعا: النتائج المتعلقة بأساليب التكيف التي يستخدمها مرضى ديال الدم	١٢٦
٦-٢ ربط الدراسة بالأبحاث المستقبلية	١٢٨
٦-٣ التـوصيـات	١٢٨
- **قائمة المراجع**	١٣١
- **المواقع على شبكة الاتصال الالكترونية (الانترنت)**	١٤٢
- **ملاحق الدراسة**	١٤٥
ملحق رقم(١) توزيع أعداد مرضى ديال الدم في الأردن حسب السنة	١٤٥
ملحق رقم(٢) التوزيع النسبي للسكان في الأردن وفق النوع والعمر	١٤٦
ملحق رقم(٣) الإحصائية العامة لمرضى فشل الكلى التام المعالجين بديال الدم لدى كافة المستشفيات في الأردن على اختلاف فئات التأمين الخاصة بهم للعام ٢٠٠٧	١٤٧

المحتوى	رقم الصفحة
ملحق رقم(٤) استبانة الدراسة	١٤٨
ملحق رقم(٥) كتاب تسهيل مهمة موجه من الجامعة الأردنية إلى مدير عام المستشفى التخصصي	١٥٥
ملحق رقم(٦) كتاب تسهيل مهمة موجه من الجامعة الأردنية إلى وزارة الصحة	١٥٦
ملحق رقم(٧) كتاب موجه من مديرية تطوير الموارد البشرية في وزارة الصحة إلى رئيس لجنة أخلاقيات البحث العلمي	١٥٧
ملحق رقم(٨) كتاب موافقة لجنة أخلاقيات البحث العلمي على إجراء الدراسة	١٥٨
ملحق رقم(٩) كتاب موجه إلى مدير مستشفى البشير للإيعاز بتسهيل مهمة الباحثة	١٥٩
ملحق رقم(١٠) موافقة رئيس قسم الباطني في مستشفى البشير على توزيع استبانة الدراسة	١٦٠
- **الملخص باللغة الانجليزية**	١٦١

قائمة الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	رقم الصفحة
(١)	مراحل تطور مرض فشل الكلى	٨
(٢)	توزيع المرضى الخاضعين للعلاج بديال الدم لدى كافة المستشفيات في الأردن لسنة ٢٠٠٧	١٧
(٣)	التوزيع والتوزيع النسبي للخصائص الديمغرافية والاجتماعية للمبحوثين	٧٦
(٤)	التوزيع والتوزيع النسبي للخصائص الاقتصادية للمبحوثين	٧٧
(٥)	التوزيع والتوزيع النسبي للخصائص المرضية والعلاجية للمبحوثين	٧٩
(٦)	التوزيعات النسبية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للاستجابات على الفقرات المتعلقة بمكون الضغوطات الجسدية	٨٢
(٧)	نتائج اختبار (Independent-Samples t-test) لمكون الضغوطات الجسدية	٨٤
(٨)	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) لمكون الضغوطات الجسدية	٨٥
(٩)	التوزيعات النسبية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للاستجابات على الفقرات المتعلقة بمكون المعالجة الطبية	٨٧
(١٠)	نتائج اختبار (Independent-Samples t-test) لمكون ضغوطات المعالجة الطبية	٩٢
(١١)	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) لمكون ضغوطات المعالجة الطبية	٩٣
(١٢)	التوزيعات النسبية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للاستجابات على الفقرات المتعلقة بمكون الضغوطات المتعلقة بالأسرة	٩٦
(١٣)	التوزيعات النسبية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للاستجابات على الفقرات المتعلقة بمكون الضغوطات النفسية	٩٨
(١٤)	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) لمكون الضغوطات النفسية	١٠٣
(١٥)	التوزيعات النسبية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للاستجابات على فقرات مكون الضغوطات المتعلقة بالتغير في نمط الحياة	١٠٥
(١٦)	نتائج اختبار (Independent-Samples t-test) لمكون ضغوطات نمط الحياة	١٠٧
(١٧)	خلاصة نتائج مكونات الضغوطات التي يتعرض لها مرضى ديال الدم	١٠٨
(١٨)	التوزيعات النسبية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للاستجابات على الفقرات المتعلقة بمقياس جالويك	١٠٩
(١٩)	خلاصة نتائج المقاييس الفرعية لمقياس جالويك للتغلب على المشاكل	١١٧

قائمة الأشكال

رقم الشكل	عنوان الشكل	رقم الصفحة
(١)	توزيع أعداد مرضى ديال الدم في الأردن حسب السنة	١٤٥
(٢)	التوزيع النسبي للسكان في الأردن وفق النوع والعمر	١٤٦

قائمة الملاحق

الرقم	الملحق	رقم الصفحة
(١)	توزيع اعداد مرضى ديال الدم في الاردن حسب السنة	١٤٥
(٢)	التوزيع النسبي للسكان في الأردن وفق النوع والعمر	١٤٦
(٣)	الإحصائية العامة لمرضى فشل الكلى التام المعالجين بديال الدم لدى كافة المستشفيات في الأردن على اختلاف فئات التأمين الخاصة بهم للعام ٢٠٠٧	١٤٧
(٤)	استمارة الدراسة	١٤٨
(٥)	كتاب تسهيل مهمة موجه من الجامعة الأردنية إلى مدير عام المستشفى التخصصي	١٥٥
(٦)	كتاب تسهيل مهمة موجه من الجامعة الأردنية إلى وزارة الصحة	١٥٦
(٧)	كتاب موجه من مديرية تطوير الموارد البشرية في وزارة الصحة إلى رئيس لجنة أخلاقيات البحث العلمي	١٥٧
(٨)	كتاب موافقة لجنة أخلاقيات البحث العلمي على إجراء الدراسة	١٥٨
(٩)	كتاب موجه إلى مدير مستشفى البشير للإيعاز بتسهيل مهمة الباحثة	١٥٩
(١٠)	موافقة رئيس قسم الباطني في مستشفى البشير على توزيع استبانة الدراسة	١٦٠

الفصل الأول

مدخل إلى الدراسة

١-١ المقدمة

حتى وقت قريب، بقي الاهتمام بالأمراض ومتابعـة الأعـراض العياديـة "الاكلينكيـة" للمرض مقتصرا على الأطباء، إلى أن اتضح أهمية وجود عوامل أخرى نفسية واجتماعية قد تزيد من حدة المرض وطول فترة علاجه، أو قد تخفف من أعراضه، وتساعد المريض على مواجهـة التغيرات والاستجابة للمرض بشكل يؤمن له نوعية حياة أفضل. وبذلك أصبحت العوامل النفسية والاجتماعية تضيف تحديا آخر إلى مراحل حياة المريض، الأمر الذي دفع بمفهوم الصحة الشاملة إلى حيز الوجود. فلم يعد الاهتمام بعد منصبا على معالجة الأعراض الجسدية للمرض فحـسب، بل تخطاها إلى النظر إلى التعقيد الإنساني، والتباين بين الأفـراد، ودراسـة العوامـل النفـسية والاجتماعية المؤثرة في حياة المريض، ووضع خطط علاج تؤمن بفرديـة المـريض، وحالتـه وعلاجه على حده.

وتعد الأمراض المزمنة، ومنها مرض فشل الكلى المزمن، من أول الأمراض التي تحتاج إلى تبني وتطبيق النهج الشمولي في الرعاية الصحية. فعلى الرغم من أن الإصابة بمرض فشل الكلى المزمن أصبحت أقل تهديدا لحياة المصاب نتيجة التقدم في مجال العلوم والخدمات الطبيـة، وظهور وسائل العلاج التعويضي المختلفة، إلا أن تعقيدات المرض، ومضاعفاته، وطبيعة العلاج تفرض ضغوطات على المريض مما يتطلب منه تغييرا في أنماط حياته وتكيفا لفتـرات طويلـة الأمد تدوم مدى الحيـاة (Baldree, et al., 1982; Bruno, 1999; Gurklis and Menke; 1995; Mok and Tam 2001).

وتتنوع الضغوطات التي يتعرض لها مرضى فشل الكلى المـزمن. فمنهـا الـضغوطات الجسدية المرتبطة بالمرض وأعراضه، وتلك المتعلقة بالمعالجة واعتماد المريض على آلة العـلاج بديال الدم. كما يضاف إلى هذه الضغوطات النفسية المختلفة التي يعيشها المريض والتي تنبع مـن حالة عدم الاستقرار والقلق، والتذبذب الدائم التي تكتنف حياته. فبينما نجـد أن المـريض يمتلـك الرغبة القوية في العيش، إلا أنه يشعر بالعجز أمام واقع قاهر ومستقبل متأرجح يطرح أشكالا مؤلمة لمواجهة المرض بشكل دائم. وتنعكس هذه الضغوطات جميعها علـى الأدوار الاجتماعيـة التـي يؤديها المريض فتتسبب في شعوره بالعجز والاعتمادية (Baldree, et al., 1982; Blake and Courts, 1996; Welsh and Austin, 2001).

ويبدي المرضى إزاء هذا الواقع استجابات متنوعة تختلف من الصدمة، إلـى الـرفض، والإنكار، والاكتئاب، حتى القبول. فمنهم من يتجه إلى عيش حالة من النكران والـرفض التـام للعلاج ومنهم من يظهر قبولا ايجابيا وتعاملا موضوعيا مع الحقيقة، فيسعى إلى التكيف. وبـين هذين الاتجاهين من الاستجابات تتنوع أطياف التكيف فتلعب في النهاية دورا حاسـما فـي تقبـل العلاج ونتائجه (McClellan, 2001).

وبينما تظهر المؤشرات العالمية تنامي انتشار مرض فـشل الكلـى المـزمن، والزيـادة المضطردة في أعداد المرضى المـصابين بـه (Bamgbye, 2003; Chan et al., 2007; El Nahas and Bello, 2005; Saeed et al., 2008)، الا أن بعض الكتاب والباحثين يؤكـدون اقتراب ظهور المرض كمشكلة صحية عامة، بينما يحذر آخرون مـن مغبـة انتـشاره الوبـائي (Grassman et al., 2005; US Renal Data System, 2006) الأمر الذي سيدفع، بطبيعـة الحال، إلى تضاعف أعداد المرضى المعتمدين على وسائل العلاج البديلة للكلية، وبالتالي زيـادة الإنفاق العالمي الذي قد يتجاوز خلال العقد الثاني من القرن الحادي والعـشرين البليـون دولار

أمريكي (World Kidney Day, 2006). لذلك أصبح من الضرورة التحرك نحو إحداث تغيير في سياسات الرعاية الصحية في العالم، وخاصة في الدول النامية التي يقطنها (٨٥%) من مرضى فشل الكلى التام، وغدا رصد تطور هذا المرض، وتحديد عوامل خطورته، واستهداف الفئات الأكثر عرضة لخطر الإصابة أمرا ملّحا، وهذا يستدعي إنشاء جمعيات وطنية تعنى بشؤون مرضى الكلى، واستحداث سجلات وطنية تزود صانعي السياسات بالمعلومات المحدثّة والدقيقة عن المرض. يبقى التأكيد أيضا على ضرورة تضافر جهود جميع الجهات المعنية بغية توجيه القائمين على رسم السياسات الصحية لوضع برامج وقائية، واستحداث آليات لتقييم طرق المعالجة، و تقييم نوعية الحياة التي يعيشها المريض، وأهلية وفاعلية مستوى الرعاية المقدمة له.

١-٢ مشكلة الدراسة

تتمثل مشكلة الدراسة في أن مرض فشل الكلى المزمن هو من أكثر الأمراض الجسدية تعقيدا وخطورة على الإنسان، حيث يتعرض المريض إلى ضغوطات عديدة ترتبط بطبيعة المرض والعلاج بديال الدم. هذا يؤثر على سير حياة المريض، وينعكس على علاقاته مع بيئته، الأمرالذي يتطلب منه استخدام وسائل وأساليب مختلفة للتكيف.

لذا تكشف الدراسة الحالية - بشكل رئيسي- عن طبيعة الضغوطات الجسدية، والنفسية، والاجتماعية التي يتعرض لها مرضى ديال الدم[1] في المجتمع الاردني، كما وتبحث في طرق التكيف التي يتبناها المرضى للتأقلم مع وضعهم المرضي، حيث توصلت الأدبيات والدراسات السابقة حول هذا الموضوع الى نتائج مختلفة وذلك فيما يتعلق بالآثار الناجمة عن المرض والعلاج، وعلاقة التكيف الذي يظهره المريض في تأمين نوعية حياة أفضل له.

[1] ديال الدم، أو تحال الدم، أو النفاذ الدموي، أو الديلزة جميعها ترجمات مختلفة للمصطلح Hemodialysis. استخدمت الترجمة "ديال الدم" في الدراسة الحالية استنادا الى الترجمة المعتمدة للمعجم الطبي الموحد لمنظمة الصحة العالمية، مكتب الشرق الأوسط (انظر المراجع).

١-٣ أهمية الدراسة ومبرراتها

تكمن أهمية هذه الدراسة في البحث في الجانبين النفسي-الاجتماعي للمرض. وذلك في ضوء قلة الدراسات والادبيات السابقة حول هذا الموضوع على المستويين العربي والوطني. وستقدم الدراسة الحالية إضافة نوعية من خلال تطوير فهم أكبر للآثار الناجمة عن هذا المرض المزمن، والنتائج العديدة المترتبة على خضوع المريض للعلاج بديال الدم، وما ينجم عنهما من قيود وضغوطات جسدية، ونفسية، واجتماعية. وستسهم الدراسة أيضا في الكشف عن الدور الذي تلعبه ثقافة المجتمع في خبرة المرض التي يعيشها مرضى ديال الدم في الأردن وانعكاساتها على الوسائل والأساليب المختلفة التي يستخدمها هؤلاء المرضى للتكيف. كل ذلك بهدف تمكين مقدمي الرعاية – وبخاصة الأخصائيين الاجتماعيين في المجال الطبي- من تقديم الدعم الفعال لهذه الفئة من المرضى الذين يعايشون المرض طيلة حياتهم.

١-٤ أهداف الدراسة

تسعى هذه الدراسة إلى فهم طبيعة مرض فشل الكلى المزمن ونتائجه على حياة المرضى الخاضعين للعلاج بديال الدم في الأردن، وبخاصة تحديد أنواع الضغوطات التي يتعرض لها هؤلاء المرضى، واستقصاء أساليب التكيف لديهم.

لذلك تهدف الدراسة بشكل رئيسي إلى:

١- التعرف إلى الخصائص الديمغرافية، والاجتماعية، والاقتصادية لمرضى ديال الدم في الأردن وتحديد أهم الخصائص المرضية والعلاجية لهم.

٢- تحديد أنواع الضغوطات الجسدية، والنفسية، والاجتماعية التي يتعرض لها مريض ديال الدم في الأردن، وابرز أساليب التكيف التي يستخدمها المريض في مواجهة تلك الضغوطات.

٣- البحث في العلاقة ما بين بعض الخصائص الديمغرافية، والاجتماعية، والاقتصادية للمرضى والاختلاف في نوع وشدة الضغوطات التي يتعرض لها المريض.

٤- الكشف عن أهمية وجود برامج رعاية صحية تأهيلية ذات طابع شمولي(نفسي واجتماعي) مصاحبة للمعالجة الطبية، بحيث تسهم في مساعدة المرضى وأسرهم على التكيف مع المرض ونتائجه مما ينعكس بدوره بشكل ايجابي على مخرجات المعالجة، ونوعية الحياة التي يعيشها المرضى.

١-٥ الخلفية النظرية

١-٥-١ المرض المزمن (Chronic Disease)

تعرف منظمة الصحة العالمية World Health Organization الأمراض المزمنة على أنها تلك الأمراض التي "تتطور ببطء وتطول مدتها ولا تنتهي تلقائيا، ولا يمكن الشفاء منها، إنما يمكن السيطرة على أعراضها عن طريق الحمية الغذائية والأدوية" (WHO, 2009). ويشير تقرير المنظمة حول "توقي الأمراض المزمنة: استثمار بالغ الأهمية" إلى أن تلك الأمراض ومنها الأمراض القلبية الوعائية، والسكتة، والسرطان، والأمراض التنفسية المزمنة، والسكري تشكل السبب الرئيسي في حدوث (٦٠%) من إجمالي الوفيات في العالم (WHO, 2005).

وعلى الرغم من اختلاف النتائج المترتبة على الإصابة بالأمراض المزمنة، إلا أن المرض المزمن يشكل تحديا للمرضى أنفسهم، ويضع عبئا على أسرة المريض، والقطاع الصحي بشكل عام، والمجتمع بأكمله (Miller, 2000). وقد دفع ذلك بعض الدارسين إلى تصنيفه كشكل

من أشكال الإعاقة يستدعي التدخل وإعادة تأهيل المريض وذلك لتوظيف أقصى طاقاته الجـسدية والنفسية، وتمكينه من العودة إلى ممارسة حياته (Porter, 1997; Reif, 1975).

١-٥-٢ مرض الكلى المزمن (Chronic Kidney Disease)

١-٥-٢-١ ماهيته ومراحل تطوره

تعد الكلى العقل الثاني في جسم الإنسان وحلقة الوصل بين داخل الجسم وخارجه. فبالإضافة إلى تنقية الدم والتخلص من بقايا التحولات الغذائية. وتقوم الكلى أيضا بالتحكم في كمية السوائل في الجسم والحفاظ على مستواها المتوازن، وبالتالي فهي تنظم ضغط الدم في الجسم (الفيتوري، ١٩٩٨). كما وتعمل الكلى أيضا بمثابة ضابط أوتوماتيكي للعديد من العناصر المكونة للجسم وأهمها البوتاسيوم والصوديوم، وتشكل المصدر المسؤول عن هرمون الاريثروبيوتين (Erythropoietin) الذي يدخل في تكوين خلايا الدم. وتتحكم الكلى بعملية امتصاص فيتامين (د) الذي ينظم بدوره عملية امتصاص الكالسيوم الذي يدخل في بناء العظام في الجسم (Chamney, 2007; Oberley, 1975).

ويشخّص مرض الكلى المزمن اثر إصابة الكلية بضرر ما، أو ظهور تراجع في وظائفها لمدة زمنية تستمر لثلاثة أشهر أو أكثر، الأمر الذي يتسبب في فقدانها- بشكل جزئي أو كلي- قدرتها على القيام بوظائفها الطبيعية (Kidney Foundation of Canada, 2004). وهذا يعرف طبيا بفشل الكلى.

وقد ينجم فشل الكلى عن تدهور حاد في وظائف الكليتين (Acute Kideny Failure) ما يتسبب في احتباس المخلفات والفضلات السامة في الجسم (حداد، ١٩٨١). ولكن غالبا ما يكون

توقف عمل الكلى في هذه الحالة مؤقتا اذ يمكن تداركه والشفاء منه إذا ما تم تشخيص المرض بشكل مبكر، وتمت إدارة علاجه بطريقة صحيحة (Oberley, 1975).

أما فشل الكلى المزمن (Chronic Kidney Failure) فلا يوجد إجماع عالمي حول تعريف دقيق وموحد له، الأمر الذي يقود في كثير من الأحيان إلى تأخر تشخيص المرض وتقديم العلاج المناسب للمريض (Schieppati and Remuzzi, 2005). وفي هذا السياق، ويعد معدل الترشيح الكبيبي[٢] GFR (Glomerular Filtration Rate) المؤشر الطبي الأكثر اعتمادا حول العالم للكشف عن مدى سلامة الكلية وتحديد مرحلة تطور مرض فشل الكلى المزمن. ولكن تختلف المدارس الطبية في اعتمادها لمستوى محدد لمعدل الترشيح لتحديد المرحلة النهائية للمرض. فبعضها- كالمؤسسة الوطنية للكلى في الولايات المتحدة الأمريكية- يعتمد معدل الترشيح ١٥مل/دقيقة[3] كمؤشر للدلالة على دخول المرض مرحلته الأخيرة، بينما تعتمد مؤسسات طبية أخرى معدل تنقية أقل من١٠مل/دقيقة كمؤشر لبدء المرحلة الأخيرة للمرض. ويظهر الجدول رقم (١) المراحل الخمس لتطور مرض فشل الكلى وفق تصنيف المؤسسة الوطنية للكلى في الولايات المتحدة الأمريكية، حيث تعرف المرحلة الخامسة والأخيرة من تطور المرض بفشل الكلى المزمن (Chronic Kidney Failure)، أو فشل الكلى التام (End-Stage Renal Failure) والتي يخضع المريض حال دخوله فيها إلى العلاج بإحدى الوسائل التعويضية للكلية، فيصبح الشفاء أمرا مستحيلا ويتحول هدف الرعاية الصحية إلى تأهيل المريض، ومساعدته على توظيف أقصى قدراته لمواجهة الوضع الصحي المترتب على إصابته بالمرض(Frank, Auslander and Weissgarten, 2003).

---

[٢] يتم حسابه عن طريق قياس اليوريا والكرياتينين في الدم وفي بول تم تجميعه خلال ٢٤ ساعة. ويقل معدل الترشيح الكبيبي حال إصابة الكلية بالفشل (الفيتوري ،١٩٩٨)

[٣] يعتمد الأطباء في المستشفيين محل هذه الدراسة المؤشر ذاته في تحديد المرحلة النهائية للمرض

جدول رقم (١)

مراحل تطور مرض فشل الكلى

المرحلة	الوصف	معدل الترشيح الكبيبي
أكثر عرضة لخطر الإصابة	**عوامل الخطورة** للإصابة بمرض الكلية (مثلا، السكري، ارتفاع ضغط الدم، التاريخ العائلي، كبر السن، العرق)	أكثر من ٩٠/مل/دقيقة
الأولى	ضرر بسيط في الكلية (ظهور البروتين في اليوريا) **ومعدل الترشيح الكبيبي طبيعي**	أكثر من ٩٠/مل/دقيقة
الثانية	ضرر في الكلية وانخفاض **طفيف** في معدل الترشيح الكبيبي	٦٠-٨٩/مل/دقيقة
الثالثة	انخفاض **متوسط** في معدل الترشيح الكبيبي	٣٠-٥٩/مل/دقيقة
الرابعة	انخفاض **حاد** في معدل الترشيح الكبيبي	١٥-٢٩/مل/دقيقة
الخامسة	فشل الكلى المزمن/ التام (الحاجة إلى العلاج بديال الدم أو الديال البريتوني أو زراعة الكلى)	أقل من ١٥/مل/دقيقة

المصدر: The National Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative, 2002

١-٥-٢-٢ فشل الكلى المزمن: المسببات وعوامل الخطورة

تعود الإصابة بمرض فشل الكلى المزمن إلى أسباب متعددة قد يكون مردها الى أمراض وراثية، أو أمراض منذ الولادة، أو أمراض مكتسبة. وتختلف هذه الأسباب جغرافيا حول العالم، كما أنها ترتبط أيضا بعوامل ثقافية مختلفة[٤] (Takruri, Hamzeh and Sweiss, 1995). ويعد التهاب كبيبات الكلى المزمن من أكثر أسباب الإصابة بمرض فشل الكلى شيوعا، حيث يبقى المسبب الأول لفشل الكلى المزمن في كثير من الدول[٥] (Barsoum, 2002) . هذا إضافة

---

[٤] تشير دراسة التكروري وزملائه (Takruri, Hamzeh and Sweiss, 1995) الى أنه في المملكة العربية السعودية تتسبب ممارسة بعض العادات المرتبطة بالثقافة السائدة في المجتمع السعودي مثل الزواج بين العمومة و الأقارب (between cousins and among Intermarriage relatives) في ارتفاع الإصابة بأمراض الكلى الجينية المنشأ.

[٥] تتفق بعض الدراسات بأن التهاب كبيبات الكلى المزمن ما زال يشكل المسبب الأول لفشل الكلى متفوقا على السكري كمسبب رئيسي آخر. ولكن تعتبر منظمة الصحة العالمية مرض السكري المسبب الأول لفشل الكلى المزمن عالميا (WHO, 2008). تبقى الإشارة إلى أثر العامل الجغرافي هنا (Barsoum, 2002)، فقد ظهر مرض حبيبات الكلى المزمن كمسبب الأول للمرض في كل من السودان وساحل العاج بينما كان تأثيره أقل في دول مثل السعودية ومصر.

إلى أسباب أخرى مثل: الإصابة بحصى الكلى، وانسداد المسالك البولية، وتكيس الكليتين الوراثي. وقد تؤدي الإصابة بأمراض مختلفة كالتهابات البول الحادة، والتهابات اللوزتين، إلى غير ذلك من الالتهابات، إلى الإصابة بفشل الكلى لتأثيرها على وظائف الكليـة (Daugirdas, Blake and Ing, 2001).

وتشير الأبحاث الطبية والتحاليل المخبرية إلى وجود علاقة وارتباط واضح بين العديد من العوامل والإصابة بفشل الكلى المزمن وتطوره. وتكون عوامل الخطورة (Risk Factors) هذه إما مسببة للمرض (Initiation Factors)، أي مرتبطة معه بعلاقة سببية مباشرة، أو أن تكـون مسببة لتطوره (Progression Factors). فيظهر جليا من خلال الدراسـات الطبيـة التفاعـل المعقد بين مرض فشل الكلى المزمن وكل من السكري وأمـراض القلـب (Schieppati and Remuzzi, 2005). ويعد السكري أحد الأسباب الرئيسة المؤدية إلى الإصابة بفـشل الكلـى المزمن (WHO, 2008; International Federation of Kidney Foundation, 2009). وقد حددت العديد من الدراسات العالمية أيضا ارتفاع ضغط الدم، والـسمنة، وتنـاول الكحـول والتدخين كعوامل مسببه بشكل مباشر للإصابة بأمراض الكلى بشكل عام ومرض فـشل الكلـى المزمن على وجـه الخـصوص (Mahdavi- Mazdeh et al., 2008 ; Oberley, 1975). إضافة إلى تأثير عوامل أخرى ديمغرافية في تطور مرض فشل الكلـى المـزمن مثـل: النـوع الاجتماعي، والعرق، والعمر (El Nahas and Bello, 2005).

أما بالنسبة للمؤشرات المرتبطة بالمرض (Risk Markers)، فهي تزيد من قابلية إصابة الشخص بفشل الكلى المزمن في حال غياب العوامل المـسببة التـي تـشمل: التـاريخ العـائلي، والاستعداد الجيني (مثلا الإصابة بأمراض تكيس الكليتين الوراثي)، العوامل العرقيـة، انخفـاض

الوزن عند الولادة، وسوء التغذية الذي قد يتسبب في نقص عدد النيفرونات في الكلية مما يعـرض الطفل إلى الإصابة بأمراض الكلى في المستقبل (El Nahas and Bello, 2005).

١-٥-٢-٣ أعراض مرض فشل الكلى المزمن الجسدية والنفسية والاجتماعية

يرافق الإصابة بمرض فشل الكلى المزمن العديـد مـن المظـاهر الجـسدية والنفـسية والاجتماعية. ويواجه المريض تحديا كبيرا في التأقلم مع طبيعة المرض، والاعتماد على العلاج مدى الحياة والتكيف معهما. وتبدأ أعراض المرض الجسدية بالظهور بسبب تراكم السموم فـي الجسم وذلك مع بدء تراجع عمل الكلية أو توقفها عن العمل. فيصاب المريض باضطرابات فـي كيميائية ووظائف الجسم، ويبدو عليه انتفاخ عام في أعضاء الجسم، وضيق في التنفس، وغثيـان، وانعدام الشهية للأكل، وفقدان الوزن، واصفرار في لون الجسم، وضـعف عـام. كمـا يـشعر المريض بتقلصات عضلية. ويعاني في كثير من الأحيان من الحكـة الـشديدة نتيجـة ارتفـاع الفوسفات في الدم. ويفقد مريض فشل الكلى المزمن السيطرة على التغييرات التي تطـرأ علـى جسمه ولا يعود قادرا على التنبوء بها أو درء مضاعفاتها (حداد، ١٩٨١).

ولا تقتصر الآثار الجسدية للمرض عند ظهور تلك الأعراض، بل يكون تطـور مـرض فشل الكلى المزمن مصحوبا بأمراض أخرى (Comorbidity) تجعل المريض عرضة للإصابة بفقر الدم، وأمراض العظام، وارتفاع ضغط الدم، والاضطرابات المعوية، وفشل القلب. وتـساهم هذه جميعها في الحد من الأجل المتوقع للفرد (Life Expectancy)، والتسبب في موته المبكر في كثير من الأحيـان (Daugirdas, Blake and Ing, 2001; Eiam-Ong and Sitprija, 2002).

وتنعكس التغيرات في الجسم ووظائفه، وفقدان المريض الاستقلالية، والسيطرة على حياته، على مفهوم الذات لديه. فيبدأ بالنظر إلى ذاته كجزء لا يتجزأ عن آلة العلاج التعويضية (Hargen et al., 2001)، ويعيش حالة من الأزمة تشبه تلك الناجمة عن عيش خبرة كارثية مؤلمة. فتشهد احتياجاته الأساسية، وحياته بشكل عام، حالا من عدم الاستقرار (McClellan, 2001). ويشهد المريض، وخصوصا في المراحل المبكرة من تطور المرض، والتي تصاحبها بعض الأعراض العامة، وغير المتوقعة في أغلب الأحيان، تقلبا في المزاج، واضطرابا في المشاعر، فيشعر بتوق طبيعي إلى العودة إلى حالة الاستقرار، والتجانس الحيوي التي كان يعيشها قبل إصابته بالمرض (Miller, 2000).

وتتمثل الأعراض النفسية العامة لدى مريض فشل الكلى المزمن في زيادة درجة القلق، والنظرة الدونية للذات. كما يعاني من الشعور بالإحباط وخيبة الأمل لعدم قدرته على تلبية رغباته الأساسية مثل الجوع، والعطش، والقدرة الجنسية، والعمل، والعطاء، والقيام بالأنشطة الجسدية (Asti et al., 2006; Kumar et.al, 2003; Welch and Austin, 2001). وقد يعاني المريض من سرعة الغضب الذي يرافق إدراكه المتزايد بديمومة مرضه. وغالبا ما ينتابه شعور بعدم الجدوى، والخوف من الموت، كما الخوف من الحياة، والعزلة، والرفض، مما يؤدي في أحيان كثيرة إلى إصابته بالاكتئاب (Quinan, 2007). ومن أهم الخبرات التي يعيشها المريض أيضا شعوره بالعجز والوهن مما يقود البعض منهم إلى إنكار الواقع واللجوء إلى استخدام حيل دفاعية أخرى (غباري، ٢٠٠٣). وقد يرفض المريض العلاج، ويتخذ شعورا عدوانيا تجاه ذاته، والحياة، يقود في نهاية المطاف إلى تبنيه السلوك الانتحاري (McClellan, 2001; Miller, 2000).

ويأخذ مرض فشل الكلى المزمن بعدا اجتماعيا، يرتبط بشكل كبير في ما يعانيه المريض من ضغوطات جسدية ونفسية، ويتمثل في احتمال فشله في القيام بأدواره ووظائفـه الاجتماعيـة. بسبب المرض يجد المريض نفسه مرغما على الحد من دوره في الأسرة، أو العمل على تغيير تلك الأدوار. ويؤدي فشله في تلبية احتياجات أسرته، وعجزه عن القيام بالأدوار المتوقعة منـه إلـى شعوره بالذنب. وقد يفقد المريض عمله لكثرة تغيبه فيقوده ذلك إلى عجز مادي يضاعف من عدم قدرته على تحمل مسؤولياته الأسرية (غباري، ٢٠٠٣). وقد يلقي المرض بظلاله أيـضا علـى العلاقات الاجتماعية للمريض فيصيبها بالوهن، والتفكك الأمر الذي يؤدي إلى شـعور المـريض بالعزلة.

١-٥-٢-٤ وسائل العلاج البديلة للكلية

ساهم ظهور وسائل العلاج البديلة للكلية في منح مرضى فشل الكلى المزمن فسحة أمـل بالحياة حيث تساعد هذه الوسائل بأشكالها المختلفة أكثر من مليون ونصف مريض حـول العـالم البقاء على قيد الحياة (Mahadavi'Mazdeh et al., 2008). وتعتبر زراعة الكلـى- علـى الرغم من التعقيدات المختلفة المحيطة بها- الوسيلة الأفضل، والحل الأمثل لاختصار عناء ومشقة العلاج على المريض. ولكن نظرا للمحددات العديدة التي ترتبط بها، ومنها قلة الموارد الماليـة، والاعتبارات الدينية والأخلاقية، والقوانين التي تحكم عملية التبرع بالأعضاء فهـي مـا زالـت تنحصر في نطاق ضيق.[٦]

ويعد غسيل الكلى (أو تنقية الدم) (Dialysis) الوسيلة التعويضية الأخرى ويشمل:

---

[٦] تشير المسوحات إلى أن عمليات زراعة الكلى كبديل أول للكلية تبقى محدودة في الدول النامية. حيث يتم القيام بحوالي (٢٠,٠٠٠) عملية زراعة كلى سنويا في تلك الدول ولكن ضمن تفاوت واختلاف كبيرين في إعطائها الأولوية الفضلى في العلاج. فعلى سبيل المثال يحصل (٤٠-٥٠%) من مرضى فشل الكلى المزمن الجدد في الهند وباكستان على زراعة الكلى خلال السنة الأولى من تشخيصهم، مقارنة بـ(٧%) في كل من مصر والمكسيك، و (٢،٨%) في تونس (Barsoum, 2002).

- الديال البريتوني (Peritoneal Dialysis): وفيه يتم تنقية الدم عن طريق توظيف غشاء طبيعي داخل الجسم في التجويف البريتوني (Peritoneal Cavity)[٧]. فيتم تنقية الدم وتفريغ السموم عن طريق قسطرة تثبت بشكل دائم في منطقة البطن وتمتد إلى خارج الجسم (Oberley, 1975).

- ديال الدم (Hemodialysis): وهو محط اهتمام هذه الدراسة. ويتم من خلال اتصال آلة الغسيل بالدورة الدموية للمريض من خلال نقطتين، حيث يخرج الدم من إحداها إلى الآلة فينقى ومن ثم يعاد ضخه إلى الجسم من الأخرى (الفيتوري، ١٩٩٨). ويخضع مريض ديال الدم إلى ثلاث جلسات علاج أسبوعيا، يتراوح المعدل الزمني المثالي لها أربع ساعات.

ويعد العلاج بديال الدم أكثر الوسائل التعويضية استخداما وانتشارا في دول العالم (Barsoum, 2002). ولكن على الرغم من أهميته فهو يرتبط بمحددات بيولوجية ومالية. فلا يقوم ديال الدم مثلا بالتعويض عن الوظائف الهرمونية للكلية، وبخاصة إنتاج هرمون الاريثروبيوتين، لذلك يكون غالبية المرضى معرضين للإصابة بأمراض فقر الدم (Chamney, 2007). وعلى الرغم من فاعلية ديال الدم في تأخير عملية التتسمم اليوريمة (Uremic Toxicity) في جسم المريض، إلا أنه لا يلغيها، أو يوقفها تماما، مما يقود تدريجيا إلى المرضية (Morbidity) و الموت المبكر. أما المحددات المالية فتتمثل في كلفتها العالية، وإمكانية توفر فرص الغسيل لجميع المرضى الذي يعتمد على قدرة الدولة على تحمل تكاليف العلاج على المدى الطويل (Keown and Stiller, 1988).

[٧] يتم تدريب المريض من قبل الطبيب المختص والممرضين على القيام بهذه العملية في المنزل. ويعتبر الديال البريتوني من أفضل الحلول إذا ما وجدت أي أعراض جانبية أو مضاعفات لعملية الغسيل بديال الدم مثل زراعة القسطرة الشريانية الوريدية. الطاقم الطبي ، مستشفى البشير وحدة الكلية الصناعية، ٢٠٠٩، اتصال شخصي.

١-٥-٢-٥ مرض فشل الكلى المزمن: حجم المشكلة ومؤشرات رقمية

على الرغم من ندرة المصادر الإحصائية، وقلة الأرقام الدقيقة التي تعكس حقيقة انتـشار مرض فشل الكلى، إلا أن ظهور بعض السجلات الدولية والإقليمية الخاصـة بمرضـى الكلـى، إضافة إلى الاهتمام المتزايد في دراسة أوضاع المرضى، ساهم في تكوين صورة عامـة حـول المشكلة (Barsoum, 2002). فيتضح جليا من البيانات المتوفرة حول العـالم تنـامي مـشكلة الاصابة بمرض فشل الكلى، وازدياد الأعباء المترتبة على العلاج التي أصبحت تثقل كاهل أنظمة الرعاية الصحية في الدول المختلفة (Abdallah et al., 2007). فتـشير تقـديرات كـل مـن الجمعية العالمية لأمراض الكلية (International Society of Nephrology) والاتحاد العالمي لجمعيات الكلى (International Federation of Kidney Foundations) إلى وجود أكثـر من (٥٠٠) مليون شخص حول العالم مصابين بنوع من الأذى في الكلية. وفي ذات الصدد يبين تقرير الصحة العالمي (WHO, 2002) ومشروع العبء العالمي للأمراض (Global Burden of Disease Project) أن أمراض الكلى والمسالك البولية تساهم في العبء الإجمالي للإمراض متسببة سنويا في إحداث أكثر من (٨٠٠) ألف حالة وفاة في العالم، وإصابة حوالي (١٥) مليـون شخص بشكل من أشكال الإعاقة، فتأتي بذلك في المرتبة الثانية عشرة كمـسبب للمـوت، وفـي المرتبة السابعة عشرة كمسبب للإعاقة (Zimmet et al., 2001).

وتعاني معظم الدول النامية من عدم توفر الأرقام الدقيقة حول معـدل الإصـابة الـسنوي بمرض فشل الكلى المزمن (Barsoum, 2002). ولكن تشير بعض الدراسات إلى أنه قد يتـراوح بين (٤٨) إصابة/مليون نسمة إلى (٢٤٠) إصابة/مليون نسمة من السكان. أما في منطقة الـشرق الأوسط فيتراوح معدل الإصابات الجديدة بالمرض بين (١٥٠) إصابة/ مليون نـسمة فـي العـام

(٢٠٠١) و (١٩٠) إصابة/ مليون نسمة من السكان فـي العـام (٢٠٠٤) (Grassmann et al., 2005; Moeller et al., 2002).

ويخضع أكثر من مليون شخص حول العالم للعلاج عن طريق ديـال الـدم (Mahdavi Mazdeh et al., 2008)، يعيش (٦٠%) منهم في خمس دول هي: الولايات المتحدة الأمريكية، اليابان، ألمانيا والبرازيل وايطاليا، والتي تشكل في مجملها (١٢%) فقط من سكان العـالم. بينمـا يخضع (٢٠%) منهم إلى العلاج في مائة دولة نامية يشكل سكانها (٥٠%) من سكان العالم ويسكن البقية دول أخرى (Bamgboye, 2003).

ويتأثر توزيع مرضى ديال الدم في العالم بعوامل اقتصادية عديدة أهمها ارتباطـه القـوي والمباشر بإجمالي الناتج المحلي (Gross National Product)، والبنية التحتية للدولة، وتوزيـع الموارد الصحية فيها، ومدى الأهمية والأولوية التي تعطى لبرامج علاج أمـراض الكليـة. هـذا ينعكس بطبيعة الحال على مدى توفر العلاج التعويضي للكلية، ونوعية العلاج المقدم للمريض. لذا يسهل تفسير الفرق الشاسع في نسبة توزيع المرضى الخاضعين للمعالجة عن طريق ديال الدم بين الدول النامية والمتقدمة (Schieppati and Remuzzi, 2005). حيث يتسبب شح الموارد لـدى الدول النامية في صعوبة تلبية الطلب المتزايد على العلاج (Bamgboye, 2003; El Nahhas and Bello, 2005) وهذا يؤكد التحديات الجمة التي تنتظر موارد الرعاية الصحية في العديـد من دول العالم وخاصة النامية منها.

وتشير الأرقام إلى أن معدل ما تنفقه الولايات المتحدة الأمريكيـة وحـدها علـى عـلاج مرضى فشل الكلى التام سيصل إلى أكثر من (٢٨) بليون دولار بحلول العام (٢٠١٠). أما فـي القارة الأوروبية، فيستحوذ علاجهم عن طريق ديال الدم وحده على ما يقارب (٢%) من ميزانيات

الرعاية الصحية في حين أن عدد المرضى لا يتجاوز(١%) من عدد السكان فـي تلـك الـدول.

(Davison, 2007; El Nahas and Bello, 2005).

وفي المنطقة العربية تشكل الدراسات المصدر الأساسي الـذي يـوفر بعـض الأرقـام والمؤشرات المبعثرة حول معدل الإصابة بمرض فشل الكلى المزمن، في ظـل غيـاب واضـح لسجلات وطنية مفعلة خاصة بمرضى الكلى في معظم الدول. فيشير سـعيد وآخـرون (2008 ,.Saeed et al) أن عدد الإصابات بمرض فشل الكلى التام في سوريا قدر بـ (٧٥)/ مليـون نسمة في العام (١٩٩٧). بينما يبقى الرقم للإصابات الجديدة مجهولا. ولكن يشير المصدر ذاته إلى أنه يمكن تقدير معدل الحدوث الفعلي لإصابات جديدة بـ (١٠٠)/ مليون نسمة من الـسكان. أما في مصر فيقدر معدل الإصابة بالمرض سنويا ب ٢٠٠/ مليون نسمة، وفي السعودية حـوالي ١٣٠/مليون نسمة (Barsoum, 2002).

وفي الأردن، تقتصر الأرقام المتوفرة على حصر أعداد المرضى الخاضعين للعلاج بديال الدم، وهذا بالطبع لا يعكس حقيقة المشكلة. حيث يبقى حجم الإصابة بمرض فشل الكلى المزمن مجهولا، وخاصة في المراحل المبكرة مـن المـرض التـي قـد يهملهـا المرضـى أو يغفـل الاختصاصيون عن تشخيصها. وتتوفر القليل من المعلومـات حـول الخـصائص الديمغرافيـة للمرضى، ونوعية الخدمة الطبية والعلاج المقدم لهم. هذا بالإضافة إلى عدم توفر بيانـات دقيقـة حول انتشار المرض، والتوزيع الجغرافي له، والأسباب المؤدية إليه، والعبء الذي يشكله المرض على القطاع الصحي الأمر الذي يشكل تحديا للباحث في هذا المجال.

ولا يمكن أيضا إغفال التضارب الذي يظهر في المؤشرات الرقمية المتوفرة حـول مـشكلة المرض في الأردن. فتشير بيانات السجل الوطني لمرضى الكلى[٨] في الأردن بأن معدل الزيـادة السنوية لمرضى فشل الكلى التام من العام (١٩٩٢) وحتى العام (٢٠٠٨) قد بلغ (٤,٤%). بينما تشير دراسات محلية إلى تواضع هذا الرقم والى أن معدل الإصابة بالمرض يصل سـنويا إلـى (٨%) بعد احتساب مرضى زراعة الكلى والمرضى الذين توفوا، أي أن معدل الزيـادة الـسنوي للحالات يصل إلى (١٣٠) مريضا/ مليون من السكان (التميمي، ٢٠٠٦).

جدول رقم (٢)

توزيع المرضى الخاضعين للعلاج بديال الدم لدى كافة المستشفيات في الأردن
من ١ كانون الثاني إلى ٣١ كانون الأول لسنة ٢٠٠٧

المستشفى	عدد المرضى
مستشفيات وزارة الصحة	٧٥١
مستشفيات الخدمات الطبية الملكية	٤٥٦
مستشفى الجامعة الأردنية	٦٩
مستشفى الملك عبدا المؤسس	٦٨
مستشفيات القطاع الخاص	١٢٩٢
المجموع	**٢٦٣٦**

المصدر: قسم شؤون مرضى الكلى، مديرية الشؤون الفنية إدارة التأمين الصحي، ٢٠٠٨، اتصال شخصي

وتظهر الإحصائية العامة للمرضى المعالجين بديال الدم لـدى كافـة مستـشفيات الأردن وعلى اختلاف فئات التأمين الخاصة بهم[٩] للعام (٢٠٠٧) أن عدد المرضى حتى نهاية العام قد بلغ

[٨] استحدث سجل قاعدة المعلومات الوطنية لمرضى فشل الكلى في ٣/٥/ ٢٠٠٧ ومن أهدافه توفير قاعدة معلومات وبيانات علمية ووطنية تشكل مرجعا في هذا المجال.
[٩] البيانات التي حصلت عليها الباحثة من القسم الخاص بشؤون مرضى الكلى في دائرة التأمين الصحي التابعة لوزارة الصحة في الأردن. السيد معين أبو الشعر، قسم شؤون مرضى الكلى في دائرة التأمين الصحي، ٢٠٠٨، اتصال شخصي.

(٢٦٣٦)، أي ما نسبته (٤%) من السكان في المملكة[١٠]. أما في العام (٢٠٠٨) فقد وصل عدد المرضى إلى (٢٦٦٦) أي بزيادة (٣٠) حالة جديدة. (انظر الملحق رقم ١)

وتبين الدراسات الطبية أنه وعلى الرغم من أن مرض فشل الكلى المزمن يشكل سببا للمرض والموت لدى الأطفال إلا أنه يحدث بندرة لديهم مقارنة بالبالغين. فيصل معدل انتشار المرض بين الأطفال في المملكة إلى (١٤،٥)/مليون طفل (Sacca and Hazza, 2006). وبذلك فهم يعدوا ضمن المجموعات الأكثر عرضة لخطر الإصابة بالمرض (Not At Risk Group) (Sacca and Hazza, 2006). بينما يتركز معظم المرضى الخاضعين لديال الدم في الفئات العمرية (٤٠-٤٩)، (٥٠-٥٩)، (٦٠-٦٩) سنة (Takruri, Hamzeh and Sweiss, 1995).

وتفسر التغيرات الصحية التي يشهدها المجتمع الأردني، والازدياد الكبير في أعداد المصابين بأمراض السكري وارتفاع ضغط الدم، الارتفاع المستمر في أعداد مرضى فشل الكلى المزمن. فتؤكد بيانات المركز الوطني للسكري والغدد الصم والوراثة في المملكة[11] للعام (٢٠٠٨) إلى أن (١,٧٠٠,٠٠٠) شخصا مصابون بأمراض مزمنة، منهم (٦٥٧,٠٠٠) ممن هم فوق سن الخامسة والعشرين مصابون بالإمراض المزمنة الأربعة الأكثر شيوعا وهي: السكري، وارتفاع ضغط الدم، واختلاط الدهون، والسمنة، والوزن الزائد. ويبلغ معدل الانتشار الكلي لارتفاع ضغط الدم والسكري (بما فيه السكري الكامن) بين السكان من الفئة العمرية ١٨ سنة فما فوق (٢٥,٦%) و (٣٩,٨ %) على التوالي.[١٢] يضاف إلى هذا كله حركة التغير الديمغرافي الذي تشهده التركيبة

---

[١٠] وفق التقديرات السكانية لدائرة الإحصاءات العامة في المملكة الأردنية الهاشمية بلغ عدد سكان المملكة الأردنية الهاشمية للعام (٢٠٠٧) 5,723,00 مليون نسمة.

[11] الرأي، عمان، ع ١٢٧٥٥، ٢٣ آب ٢٠٠٥. والرأي، عمان ، ع ١٣٩٠٣، ٢ تشرين الثاني ٢٠٠٨

[12] **"أهم نتائج دراسة سلوكيات وعوامل الخطورة للأمراض غير السارية في الأردن لعام ٢٠٠٧"**، ملخص دراسة صادرة عن مديرية رقابة الأمراض قسم الأمراض غير السارية وزارة الصحة الأردنية بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية ومركز مكافحة الأمراض الأمريكي.

السكانية للمجتمع الأردني، والتمدد المتزايد في شريحة كبار السن (+٦٠) الذين هم أكثر عرضة من غيرهم لخطر الإصابة بهذا المرض (Bateiha, 2007; United Nations, 2002).

ويبقى ديال الدم البديل العلاجي للكلية الأكثر شيوعا حتى اليوم في الأردن (Sacca and Hazza, 2006) . فيشكل المرضى الذين يخضعون للعلاج بديال الدم ما نسبته (٩٠-٩٥%) من مجموع مرضى فشل الكلى التام الخاضعين للعلاج بوسائل التعويض البديلة للكلية. أما عدد الحالات التي تعالج عن طريق الديال البريتوني فتبقى محدودة جدا ولا يوجد أي توثيق لها بسبب غياب برنامج خاص بهؤلاء المرضى. بينما تقتصر زراعة الكلى على حوالي (٥%) من المرضى الذي يعانون من فشل الكلى التام (Batieha et al., 2007).

وقد رافق تنامي أعداد المرضى المتلقين للعلاج عن طريق ديال الدم توسع في الخدمات الصحية المقدمة لهذه الشريحة من المرضى، وازدياد في أعداد وحدات غسيل الكلى في المملكة وعدد الأجهزة أيضا. فقد بلغ عدد وحدات غسيل الكلى في المملكة حتى منتصف العام (٢٠٠٩) (٧٤) وحدة موزعة على المستشفيات التابعة لوزارة الصحة، ومستشفيات الخدمات الطبية الملكية، ومستشفى الجامعة الأردنية، ومستشفى الملك عبدا المؤسس، ومستشفيات القطاع الخاص. بينما كان عددها في العام (٢٠٠٣) قد بلغ (٥٦) وحدة، وكان عددها (٩) وحدات فقط في العام (١٩٩٢) (Takruri, Hamzeh and Sweiss, 1995).

وتعتبر الحكومة الأردنية الجهة الأولى التي تتحمل نفقات علاج غسيل الكلى- بنوعيه ديال الدم والديال البريتوني- كاملة. فقد قدر إجمالي ما أنفق من خزينة الدولة على علاج مرضى غسيل الكلى في العام (٢٠٠٣) بحوالي (٢١) مليون دينار، أي حوالي (٤%) من إجمالي نفقات القطاع الصحي في الأردن في ذلك العام (Batieha et al., 2007). بينما ارتفع الإنفاق

إلى ما يقارب (٣٥) مليون دينار في العام (٢٠٠٨).[١٣] ومن المتوقع أن يتجه معدل الإنفاق إلـى الارتفاع في السنوات القادمة كنتيجة حتمية للزيادة في شريحة كبار السن، الأمر الذي يشكل، فـي ضوء قلة الموارد المتاحة، تحديا كبيرا لقطاع الصحة وللدولة.

١-٥-٣ الضغوطات وأساليب التكيف لدى مرضى فشل الكلى المزمن

تشكل الإصابة بالمرض المزمن حقيقة ضاغطة تتسع نتائجهـا لتـشمل جوانـب الحيـاة المختلفة الجسدية، والنفسية عند المريض كما وتأثر على وظائفه الاجتماعية. فيصاحب الإصـابة بالمرض مواجهة مع حقيقة متطلباته التي لا تنتهي، والضرورة الملحة لتغيير أنماط الحيـاة عنـد المريض للتكيف مع الوهن والضعف الناجمين عنه (Baldree et al., 1982).

وتؤكد الدراسات حول نوعية الحياة عند مرضى الأمراض المزمنة، ومخرجات الرعاية الصحية لهم، الاختلاف في استجابة الأفراد للمرض وأعراضـه والـضغوطات الناجمـة عنـه، وبالتالي تفاوت قدرتهم على التكيف معه، حيث يظهر الأفراد المصابون بـنفس المـرض تفاوتـا واضحا في استجابتهم للقصور الجسدي والنفسي والاجتماعي الناجم عنه، مما دفع العديد من هذه الدراسات إلى الاعتقاد بوجود متغيرات عديدة نفسية واجتماعية تلعب دورا في تحديد درجة اختبار الفرد لنتائج المرض. (Scharloo, 2002).

١-٥-٣-١ التكيف: المفهوم والدلالات

استعير اصطلاح التكيف أو التوافق (Adjustment) [١٤] في علم النفس من مفهوم التوافق والمواءمة (Adaptation) في العلوم البيولوجية، وذلك على نحو ما حـدده مفهـوم البقـاء أو

---

[13] جريدة الرأي، عمان، ع ١٣٩٥٧، ٢٧ كانون الأول ٢٠٠٨.

الانتخاب الطبيعي في نظرية دارون في النشوء والارتقاء (Moos and Schaefer, 1986; Lazarus, 1961). فاستخدم هذا الاصطلاح من بعد في العلوم الاجتماعية، وعلم النفس للدلالة على التوافق بالمعنى الاجتماعي والنفسي (Lazarus, 1969).

وعلى الرغم من الإجماع على المعنى العام للتوافق ودلالته بأنه "العملية التي يلجأ إليها الكائن العضوي أو الشخصية ليتمكن من الدخول في علاقة انسجام مع البيئة مع ضرورة توافر الشروط لتحقيق هذه العلاقة" (غيث، ١٩٧٩، ص ١٨)، إلا أنه لا يمكن إغفال الإشكال السائد حول استخدامات هذا المصطلح، وتطابق معناه ودلالاته مع مصطلح التكيف أو اختلافها عنه.

فيقرر البعض أمثال راثوس ونيفد (Rathus and Nevid, 1999) أن كلا من التكيف أو التوافق إنما يشير في ذات الوقت إلى السلوك الذي يسمح للفرد بتلبية المتطلبات التي تفرضها البيئة. ويؤكد لازروس (Lazarus, 1961) بأن التوافق والتكيف إنما يمثلان المنظور الوظيفي لرؤية وفهم سلوك كل من الإنسان والحيوان، حيث يوظف هذا السلوك للتعامل مع وإدارة المتطلبات التي تفرضها البيئة على الكائن الحي. أما البعض الآخر فيؤكد على ضرورة التمييز في المعنى بين المصطلحين. فيرى شاذلي (١٩٩٩) وجود اختلاف في المعنى بين التكيف (Coping) والتوافق (Adjustment). فالتكيف هو عملية تختص بالنواحي الفسيولوجية (ويشمل الإنسان والحيوان معا). أي أنه عملية التغير وفقا للظروف التي تحيط بالفرد تبعا لمتطلبات البيئة الطبيعية. وهو يشير إلى حدوث تغيير عضوي في شكل الجسم أو وظيفة من وظائفه بحيث يصبح قادرا على البقاء والاستمرار. بينما يختص التوافق بسلوك الفرد ويتضمن

---

[14] أخذ المصطلح Adjustment في مجال علم النفس عدة ترجمات في اللغة العربية أبرزها توافق (غيث، ص١٨) ، موائمة (الهابط، ١٩٨٥)، وتكيف (سيلامي، ٢٠٠١) . ولأغراض هذه الدراسة ستعتمد الباحثة كلمة توافق كترجمة للمصطلح Adjustment وكلمة تكيف للمصطلح Coping وذلك استنادا لنموذج لازروس وفولكمان (Lazarus and Folkman,1984) حول الضغوطات والتكيف والذي ميز بين التكيف كعملية (Process) والتوافق كنتاج (Outcome).

الجوانب النفسية والاجتماعية ويقتصر بذلك على الإنسان فقط. فهو عملية تغيير الإنسان لسلوكه تبعا لضرورات التفاعل الاجتماعي، واستجابة إلى حاجاته إلى الانسجام مع غيره، بإتباعه للعادات والتقاليد وخضوعه للالتزامات الاجتماعية (أبو مصلح، ٢٠٠٦).

ويشير سيلامي (٢٠٠١) إلى التكيف على أنه عملية تلاؤم الفرد مع البيئة التي يعـيش فيها وقدرته على التأثير فيها. وهذه تشمل على مجموعة تبادلات دائمة بين الفرد والوسط الـذي يعيش فيه. وتؤكد العناني (٢٠٠٥) في ذات الصدد أن التكيف عمليـة تبادليـة (Reciprocal Process) بين الفرد والبيئة، أي بمعنى أنه يؤثر ويتأثر. وأثناء هذه العملية يقوم الفرد بتعـديل سلوكه ومحيطه النفسي، ولكنه يقوم أيضا بدور ايجابي في تغيير المحيط الخارجي مما يعود عليه بالشعور بالرضا.

ويقترح كونواي وتيري (Conway and Terry, 1992) بأن الإطار النظري لمفهـوم التكيف تشكل عبر التاريخ ضمن احد ثلاثة اتجاهات: الاتجاه الأول كان قائما في جوهره علـى مبادئ نظرية التحليل النفسي التي تنظر إلى التكيف كمفهوم عام يشتمل على عمليـات "الأنـا" (Ego Processes) التي تتعامل مع الأخطار التي تواجه التكامل النفسي عند الفرد فتعمل على خفض التوتر الانفعالي لديه. إلا أن البعض أمثـال لازروس وفولكمـان (Folkman and Lazarus, 1980) بين أن هذا الاتجاه لم يخل من الإشكاليات. حيث أن فهم التكيف في هـذا الإطار كان يعني مساواته بالسيطرة على الاحتياجات والمتطلبات النفسية الضاغطة، وبالتـالي الخلط حتما بين التكيف كعملية ونتاج.

أما الاتجاه الثاني فقد تعامل مع التكيف على أنه سمة (Trait) أو نمط (Style) فأغفـل بذلك طبيعة التغير، واللاثبات في الأوضاع الضاغطة التي يواجهها الفرد. هذا إضـافة إلـى

تجاهله حقيقة الاختلاف في استجابة الأفـراد لهـذه الظـروف والأحـداث (Lazarus and Folkman, 1984).

وقام الاتجاه النظري الثالث- الذي ظهر في السبعينيات من القرن الماضي- على مبادئ النظرية السلوكية -المعرفية (Cognitive-Behaviourism) التـي ربطـت بـين الجـانبين الإدراكي والسلوكي للفرد. فأكد على أن فهم الفرد لذاته وإدراكه لمعنى الحدث الذي يعيشه إنما يحدد أسلوب التكيف الذي يتبناه . لذا فهو يؤكد على دينامية عملية التكيف التي ترتبط بالحدث الضاغط، وبالمرحلة التي يتم فيها هذا اللقاء (Stage of Encounter) بهذا الحدث ضمن دورة الحياة عند الفرد. وبذلك لم يعد يعرف التكيف على أنه مجرد استجابة للوضع الضاغط، بل هو يتأثر بتقييم الفرد للحدث مما ينعكس أثره على الجانب الانفعالي لديه (Moos and Schaefer, 1986).

وانطلاقا من هذا الاتجاه الأخير في فهم التكيف ، قام لازروس وفولكمـان (Lazarus and Folkman, 1984) بوضع النموذج الأكثر شيوعا في التكيف والـذي يعـرف بـالنموذج التسلسلي حول الضغط النفـسي، التقيـيم، والتكيـف (Transactional Model of Stress, Appraisal and Coping). وهو يشكل إلى حد كبير الإطار النظري للدراسة الحالية.

١-٥-٣-٢ النموذج التسلسلي حول الضغط النفسي، التقييم والتكيف

يقرر هذا النموذج وجود عملية تسلسلية بين تقييم الوضع الضاغط الذي يتعـرض لـه الفرد، والتكيف مع هذا الوضع، وأخيرا المحصلة أو النتيجة لهذه العمليـة. ويعـرف الـضغط النفسي على أنه "العلاقة الخاصة التي تجمع بين الفرد والبيئة، والتي تقيم من قبل الفرد على أنها تتفوق على موارده " (Ibid, P.19). وتتوسط عمليات التقييم المعرفي هذه تفسير الفرد لمعنـى

(Significance) الحدث، وتحديد مدى الضغط الذي يشكله عليه ومدى تهديده لخيره. وبالتالي تختلف درجة الضغط النفسي التي يختبرها الفرد بناء على تقييمه للموقف الضاغط، وتقديره لما يقع رهن التهديد والخطر جراء الموقف (Cohen and Lazarus, 1977).

وينجم الضغط النفسي عن متطلبات بيئية (Stressors) غير اعتيادية لا يوجد لـدى الفـرد استجابات جاهزة لها (Antonovsky, 1982; Lazarus and Cohen, 1977). وقد تكون هـذه المتطلبات داخلية تتعلق بالتكوين البيولوجي للإنسان، وتنشأ بشكل رئيسي عن اضطرابات في نظـم الأنسجة في جسمه (Tissue Systems) ، فتؤدي إلـى ضـغوطات جـسدية (Physiological Stressors) أو أن تكون ذات منشأ خـارجي مـصدره العلاقـات الاجتماعيـة البـين إنـسانية (Interpersonal)، والتشاركية (Interdependent) من خلال التفاعل الاجتماعي للفرد. وتتسبب هذه المتطلبات الخارجية في تكوين ضغوطات اجتماعيـة (Social Stressors) تتعلـق بوظـائف الفرد، وأدواره الاجتماعية، والتوقعات التي تكتنف حياته بمراحلها المختلفة. وتعمل هذه المتطلبات بأنواعها على خلق حالة الإرباك، وعدم التوازن لدى الفرد، مما يتطلب تفعيل وسائل إعادة الاتزان المفقود لديه (Lazarus, 1961; Monat and Lazarus, 1985). ويتخلل العلاقة التـي تجمـع بين الفرد والبيئة عمليتان رئيسيتان هما:

أ. التقييم المعرفي (Cognitive Appraisal)

وهي العملية التي يقوم فيها الفرد بتصنيف الموقف وتحديد دلالته ومعناه بالنسبة لحياتـه. فتشتمل هذه العملية على التقييم الأولي (Primary Appraisal) الذي يحكم فيـه الفـرد علـى الموقف، ويحدد مدى تأثيره على حياته. فقد يقرر أن الحدث لا يعنيـه (Irrelevant) ولا يعـود عليه بنفع أو ضرر. وقد يرى الفرد في موقف ضربا من التهديد والتحدي في آن واحـد. فعلـى سبيل المثال يعيش مريض فشل الكلى المزمن الذي ستجرى له عملية زراعة للكلية نوعـا مـن

التحدي ينطوي على نتائج عملية الزراعة التي قد تحدث تحسنا في نوعية حياتـه، ولكـن وفـي الوقت نفسه يختبر شيئا من التهديد يكمن في احتمالية رفض جسمه الكليـة الجديـدة (Logan, 2001). وقد يصنف الفرد الموقف على أنه حميد وايجابي لا يعود عليه بنتائج سلبية، أو أن يرى فيه نذيرا بخسارة أو تهديد له. فإذا ما قرر الفرد بأن الموقف يهدد خيره وصالحه، عندها يقـوم بعملية تقييم ثانية تدعى بالتقييم الثانوي (Secondary Appraisal) ينظر فيهـا الـى الفـرص التكيفية المتوفرة (Coping Option)، وما يمكن فعله لمواجهة الموقف. فهو يقـيم المنـافع أو النتائج المتعلقة بإمكانية استخدام أسلوب تكيف أو آخر في ظل الأهداف المرجوة والمعيقات التـي يواجهها (O'connell, 1994, Lazaruz and Folkman, 1984).

وقد حدد لازروس وفولكمـان (Lazarus and Folkman, 1984) عوامـل وضـعية (Situational Factors) قد تؤثر في تقييم الفرد المعرفي للموقف الضاغط. ومـن أهـم هـذه العوامل التي تؤثر في الخبرة التي يعيشها مرضى ديال الدم: توقيت الموقف (Timing) أو مـا يعرف بمرحلة اللقاء في دورة حياة الفرد (Stage of Encounter) ، والمدة (Duration) التي يستمر فيها تأثير هذا الموقف (Logan, Pelletier-Hibbert, and Hodgins, 2006).

وفي ذات السياق تؤكد ميلر (Miller, 2000) بأن مرحلة تقييم المريض للوضع الضاغط الذي يختبره نتيجة المرض، وشعوره بالوهن، إنما تتأثر بإدراكه وتقييمه لأبعاد أربعة هي: تقديره لجدية المرض (Seriousness) وإدراكه لمدى صعوبة إدارة متطلباته وحاجته إلى تلقي الرعايـة الطبية، المسؤولية الشخصية (Personal Responsibility) والمدى الذي يرى فيـه المـريض نفسه كسبب في إصابته بالمرض، أو حتى الشفاء منه، أيضا القـدرة علـى الـسيطرة "الـتحكم" (Controllability) على المرض من قبله أو من قبل آخرين. وأخيرا القـدرة علـى التغيـر (Changeability) ومعرفة المريض بمدى تغير أعراض المرض عبر الزمن.

ب. التكيف (Coping)

يتمثل في العملية التي يقوم الفرد من خلالها بادارة المتطلبات التي تنتج تبعا لضرورات التفاعل مع البيئة، والانفعالات الناجمة عن الموقف الضاغط. ويعرف النموذج التسلسلي التكيـف على أنه "عملية التغيير المستمر للجهود المعرفية والسلوكية لإدارة الظروف والمتطلبات الداخليـة أو الخارجية، أو كليهما، والتي يقيمها الفرد كظروف ضاغطة تفـوق مـوارده" (Lazarus and Folkman, 1984, P. 141). والتكيف لا يقتصر على كونه مجرد استجابة للتوتر، أو الضغط النفسي الناجم عن الموقف الضاغط، بل هو عملية ديناميكية تتأثر بالتقييم المعرفي لهذا الوضـع، تتغير بتغير الزمن ووفق تغير الموقف والمحيط (Lazarus, 1993). لـذا فـان إدراك الفـرد للحدث وتقييمه له يؤثران في استجابته الانفعالية (Lazarus and Folkman, 1988). وبكلمات أخرى فالتكيف ليس سمة ثابتة، أو نمطا جامدا، لا يتغير بتغير الظروف والمواقف، بل هو يشتمل على مجموعة من الأساليب والوسائل التي يمكن للفرد استخدامها تبعا للموقف المحـدد. وبـذلك تكون تلك الجهود التي يبذلها الفرد أثناء عملية التكيف مـستقلة عـن مخرجـات هـذه العمليـة (Outcome) أي التوافق أو عدمه. ويقاس دور الأساليب التكيفية في التأثير على حسن التوافـق أو عدمه بشكل منفصل عن النتيجة (Lazarus, 1993). أي بعبـارة أخـرى يقـرر النمـوذج التسلسلي بأن عملية التكيف تتوسط العلاقة ما بين تقييم الفرد للظرف الضاغط، وبين المحـصلة النهائية لعملية التأقلم معه. لذلك لا يمكن الجزم بأن أسلوبا تكيفيا ما هو حسن، أو سيء إلا من خلال ربطه بالظرف الضاغط، وحالة الفرد، ومن ثم قياس تأثيره على حـسن التوافـق لديـه أو عدمه (Welch and Austin, 2001).

ويحدد النموذج التسلسلي هدفين رئيسين للتكيف (Lazarus and Folkman, 1984):

1. ضبط الموقف أو الظرف الضاغط (التعامـل المتمركـز حـول المـشكلة Probelm- Focused Approach). ويتمثل في استخدام الفرد لأساليب تكيـف لمواجهـة حقيقـة الأزمة التي يعيشها. ويسعى الفرد إلى المواجهة عندما يظهر التقيـيم إمكانيـة تغييـر الوضع الضاغط والتأثير عليه. ويشمل التعامل المتمركز حول المشكلة أسـاليب عـدة منها: تعلم مهارات جديدة، المواجهة، تعديل السلوك، البحث عن وسائل بديلة للحـصول على الرضا.

2. تنظيم الاستجابات الانفعالية المرتبطة بالضغط النفسي (التعامل المتمركز حول العاطفة Emotion- Focused Approach) وذلك من خلال لجوء الفرد إلى استخدام أسـاليب تركز على التعامل مع المشاعر الناجمة عن الأزمة، والحالة الانفعالية الداخليـة، أكثـر منها تركيزا على الظرف أو البيئة الخارجية. ويتجه الفرد إلى التعامل المتمركز حـول العاطفة عندما يتبين له من خلال التقييم بأن لا يمكنه فعـل الكثيـر لتغييـر الموقـف الضاغط. لذا يلجأ الفرد إلى التركيز على تغيير استجاباته الانفعالية حول المشكلة مـن خلال أساليب مثل التمني، الاجتناب، والانسحاب.

الفصل الثاني

دور الأخصائي الاجتماعي الطبي

٢-١ العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الصحية

يعد العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الصحية من أهم مجـالات العمـل الاجتمـاعي وأكثرها ممارسة واتساعا. فقد كان لازدياد الوعي بأهمية "اجتماعية المرض" (بشير وعثمـان، ١٩٨٦) كبعد أساسي في المعالجة والرعاية الأثر الأكبر في دخول العمـل الاجتمـاعي المجـال الطبي ومجال الصحة بشكل عام. رافق ذلك انعكاس التقدم النوعي في قطاع التكنولوجيا الطبية، والاهتمام المتزايد في توفر خدمات صحية فاعلة ذات جودة، على مفهوم الصحة، الأمـر الـذي دفع إلى تطور العمل الاجتماعي في هذا المجال وظهوره كمهنة متخصصة لها أصـولها الفنيـة وأساليبها العلمية. فلم يعد العمل الاجتماعي في مجال الصحة محددا بالصورة النمطيـة القائمـة على مبدأ درء الفجوة في المؤسسة الطبية من خلال تزويد الطبيب بالبيانات الاجتماعية للمريض، أو تقديم العون والمساعدة للمرضى وأسرهم. فقد تخطت مهمـة الأخـصائي الاجتمـاعي فـي المؤسسة الطبية هذه الصور التقليدية منبثقة من قاعدة النهج الـشمولي (Holistic Approach) في الممارسة الذي يرتكز إلى التعامل مع أبعاد المشكلة المختلفة بهدف تحقيق الاستفادة القـصوى من العلاج، والارتقاء بأداء المريض الاجتماعي إلى أقصى ما يمكن (Erickson, 1994).

ويعرف العمل الاجتماعي في مجال الصحة على أنه مجموعة "العمليات أو الجهود المهنية التي يمارسها الأخصائي الاجتماعي في المؤسسات الطبية المختلفة، لمساعدة المريض فردا كـان أو جماعة، باستغلال إمكانياته وإمكانيات المؤسسة الطبية وإمكانيات مجتمعه بطريقة فعالـة مـن أجل زيادة أداءه الاجتماعي إلى أقصى حد ممكن" (بشير وعثمان،١٩٨٦، ص ٣٣). فيهتم العمل

الاجتماعي في المجال الصحي بالتعامل مع الظروف الذاتية والبيئية للمريض التـي قـد تعـوق العلاج، ويتعامل معها بالتشخيص والتدخل المناسب. ويقف العمل الاجتماعي أيضا على مشكلات التكيف الاجتماعي، والمشكلات الانفعالية لدى المرضى لمساعدتهم على تجاوزها والوصول إلـى أفضل تكيف مع بيئاتهم. ويستثمر الأخصائي الاجتماعي إمكانيات المريض والمؤسسة والمجتمع ليمكنه من التغلب على الصعوبات التي تعوق شفاءه، وتمنعه من أداء وظيفته الاجتماعية.

ويرتبط العمل الاجتماعي في مجال الصحة بطبيعة المكان (Site Specific) أو المؤسسة الطبية التي يمارس فيها: سواء كان مستشفى، أو عيادة طبية، أو مركز رعاية الأمومة والطفولـة الخ..، وبذلك فهو يتسم بخصوصية تختلف تبعا للمهام، والأنشطة التي يقـوم بهـا الأخـصائي الاجتماعي في الرعاية الوقائية، أو رعاية الأمراض الطارئة، عنها في رعاية المرضى المصابين بأمراض مزمنة (Erickson, 1994).

وتقوم ممارسة العمل الاجتماعي في المجال الطبي ومجال الصحة العامة علـى أسـاس العمل المشترك (Team Work)، والعلاقة المهنية القوية بين الأخصائي الاجتمـاعي والفريـق المعالج. فيعمل الأخصائي الاجتماعي الطبي ضمن فريق يتكون من الهيئـة الطبيـة، وجهـاز التمريض، وإدارة المؤسسة الطبية. ويتسع عمله أيضا ليشمل هيئات المجتمع والمؤسـسات ذات الصلة. فيربط الأخصائي الاجتماعي الطبي المريض والمؤسسة الطبيـة بـالمجتمع الخـارجي، ويسعى إلى توظيف إمكانيات المجتمع وموارده لاستكمال خطة العلاج سـواء كانـت طبيـة أو اجتماعية (غباري، ٢٠٠٣).

ويستند العمل الاجتماعي في مجال الصحة إلى مبادئ، وقيم، ومهارات العمل الاجتماعي مع الفرد، والجماعة، والمجتمع. ويتميز الأخصائي الاجتماعي عن غيره من المختصين ضـمن فريق التأهيل في اعتباره المريض جزء من نظام يؤثر ويتأثر به. فيدرس الأخصائي الاجتماعي

وضع المريض انطلاقا من القاعدة العلاقية التي تجمع الفرد والبيئة وذلك ضمن النظم الاجتماعية المتعددة التي يعيش فيها (Beder, 2008; Holosko, 1994). ويؤمن الأخصائي الاجتماعي بقيمة الإنسان، وكرامته، وبحقه في المشاركة في اتخاذ القرارات التي تناسبه. كما وينظر إلى المريض كشخصية متكاملة لها احتياجاتها الجسمية، النفسية والاجتماعية التي يحتاج إشباعها ليستفيد من العلاج الطبي. ويقر الأخصائي الاجتماعي بفردية المريض، وتميزه عن غيره من المرضى حتى وان اشتركوا في نوعية المرض. وبالتالي فهو يعمل ضمن خطط علاجية فردية ومتكاملة تهتم بالعوامل الذاتية كما البيئية التي تؤثر في وضع المريض (بشير وعثمان، ١٩٨٦). وأخيرا، يكرس الأخصائي الاجتماعي جهوده لمساعدة المرضى وأسرهم للتكيف مع بيئاتهم الخارجية مسخرا إمكانيات المؤسسة الطبية وإمكانيات المجتمع للوصول إلى أفضل النتائج.

٢-٢ العمل الاجتماعي في رعاية مرضى فشل الكلى المزمن

وعلى الرغم من حداثة الممارسة المهنية للعمل الاجتماعي في رعاية مرضى فشل الكلى المزمن، إلا أن الدراسات بينت أهمية الدعم الاجتماعي بالنسبة لمرضى ديال الدم (Plamer, 1987; Porter, 1997)، والأثر الايجابي لتدخل الأخصائي الاجتماعي في التأثير على التزام المريض بالعلاج (Beder, 2008; Dobrof et al., 2001)، والتحسن في نوعية حياة المريض وصحته بوجه عام. فتظهر الخدمات التي يقدمها العمل الاجتماعي لمرضى فشل الكلى المزمن على أهمية بالغة بقدر أهمية الخدمات الطبية لهم.

ولكن على الرغم من أهمية هذا العمل إلا أنه لا يخلو من التحديات والتعقيدات. فهو يحتاج من الأخصائي الاجتماعي الطبي إلى فهم واسع لطبيعة المرض والعلاج، والتغيرات النفسية والاجتماعية الكبيرة التي تعصف بحياة المريض، وتستنزف موارد أسرته ومجتمعه. وعليه أيضا

أن يعي الصعوبات التي تواجه المريض فتعيق إدارته للمرض وتكيفه معه. ويتطلب العمـل مـع مرضى فشل الكلى المزمن امتلاك الأخصائي الاجتماعي الطبي إلى الكفـاءة والمهـارة العاليـة للاستجابة إلى احتياجات لمريض وأسرته أيضا (Dobrof et al., 2001).

وفي الأردن يبقى واقع العمل الاجتماعي في مجال الصحة بصورة عامة، وفـي مجـال رعاية مرضى فشل الكلى المزمن بشكل خاص، بعيدا عن المفهوم المهني والتخصصي للممارسة. هذا إضافة إلى افتقاره إلى البعد المؤسسي في العمل ضمن المؤسسة الطبية، وانحساره في صور الممارسة التقليدية التي ما زالت تلقي بظلالها على دور الأخصائي الاجتماعي. فما زال العمـل الاجتماعي في هذا المجال يواجه التحدي الأكبر في اعتراف الهيئات الطبية بأهمية وجـوده فـي المؤسسة الطبية. إضافة إلى الغموض الذي ينال من دور الأخصائي الاجتماعي ضمن الفريـق المختص في المؤسسة الطبية.

ويظهر هذا الواقع جليا في المؤسسات الطبية حيث أجريت هذه الدراسة والتي تفتقر إلى وجود قسم خاص للعمل الاجتماعي ضمن هيكلها التنظيمي. كمـا يغيـب وجـود الأخـصائي الاجتماعي المؤهل علميا ومهنيا، لرعاية مرضى ديال الدم المـراجعين لوحـدة غـسيل الكلـى وأسرهم. زد على ذلك غياب الدراسات والأبحاث التي تتنـاول موضـوع العمـل الاجتمـاعي وتدخلاته في هذا المجال. فلم تجد الباحثة ذكرا أو وصفا وظيفيا لدور الأخصائي الاجتماعي في رعاية مرض فشل الكلى المزمن في الأردن. لهذا فقد اعتمدت إلى المصادر الأجنبية وبعض ما توفر من الأدبيات باللغة العربية لتحديد الأدوار التي قد يضطلع بها الأخصائي الاجتماعي الطبـي في هذا المجال.

٢-٢-١ أدوار الأخصائي الاجتماعي الطبي في رعاية مرضى فشل الكلى المزمن

تتركز مهمة الأخصائي الاجتماعي الطبي الأولى في رعاية مرضى فشل الكلى المـزمن في "مساعدة المريض وأسرته إلى الوصول إلى المستويات الفضلى للقيام بوظـائفهم النفـسية - الاجتماعية والعودة إلى ممارسة حياتهم بشكل كامـل ضـمن مجـتمعهم" (Campbell et al., 1994, P.467). وتتمثل هذه المهام في رفع الوعي بالآثار النفسية-الاجتماعية للمرض، ووضع الآليات اللازمة لمعالجة هذه المشاكل من أجل زيادة الأداء النفسي- الاجتماعي للمرضى وأسرهم (Gutch and Stoner, 1983). لذا يتمثل الدور الأساسي للأخصائي الاجتماعي فـي معالجـة الجوانب النفسية والاجتماعية التي تساعد المريض وأسرته علـى الخـروج مـن حـال الـشك، والارتباك، والاعتماد على الآخرين، إلى وضع يتسم بالثقة، والأمل، والاعتماد على الذات والذي يشمل أيضا استعادة المريض الاستقلالية في جوانب وظيفية عدة في حياته (Erickson, 1994).

وتتعدد الأدوار التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي لتساهم مجتمعة فـي حـل مـشاكل المرضى، وتمكينهم، وتنمية قدراتهم للوصول إلى الاستفادة القصوى من العلاج الطبـي. كمـا وتسهم أيضا في مساعدة المرضى على التكيف مع بيئة المؤسسة الطبية من خلال تدعيم علاقاتهم بالأطباء، وهيئة التمريض، والعاملين في المؤسسة الطبية. هذا إضافة إلى رفع الأداء الاجتماعي للمريض ليتمكن من أداء وظائفه وأدواره الاجتماعية بما يساعده وأسرته على التكيف مع البيئـة الخارجية.

ومن خلال عملية التأهيل، يقوم الأخصائي الاجتماعي بالاهتمام بالمريض لتلقي العـلاج بشكل منتظم حتى يعود إلى الحياة الاجتماعية ويكون عنصرا فعالا منتجا. كمـا ويـسهم عمـل الأخصائي الاجتماعي في دعم عمل المؤسسة الطبية أيضا لتحقيق أهدافها العلاجية وذلـك مـن

خلال تحقيق الترابط بين المستفيدين وأنساق الخدمات المقدمة للمرضى، والرقي بأدائها من خلال تحديد جوانب القصور فيها والعمل على علاجها، وتوصيل إمكانياتها وخدماتها للمريض دون عقبات أو معوقات (غباري، ٢٠٠٣).

ويمكن تقسيم الأدوار التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي الطبي في رعايته لمرضى فشل الكلى المزمن الذين يخضعون لديال الدم إلى:

أولا: دور الأخصائي الاجتماعي الطبي مع المريض

أ. التقييم (Assessment)

تهدف عملية التأهيل لمريض فشل الكلى المزمن إلى استعادة المريض أقصى قدراته الجسدية وحفاظه على استقلاليته. ويشكل التقييم الذي ينفذه الأخصائي الاجتماعي الطبي نقطة الانطلاقة الأولى في هذه العملية، فيقوم أولا بتحديد النسق أو النظام الأكبر الذي يعيش فيه المريض (Macro-System)، وانطلاقا من مبادئ نظرية النظم (Systems Theory)، يعمل على تقييم وضع المريض ليشمل أيضا أسرته، ومجتمعه المحلي وما يتوفر من شبكات دعم اجتماعي فيه. ومن ثم يعمل الأخصائي الاجتماعي الطبي على قياس أثر المرض على هذا النظام سواء أكانت خسارة للمريض، أو تغير في الأدوار داخل الأسرة أو العمل، أو متطلبات معنوية ومادية يفرضها المرض، أو تغيرات في البيئة الخارجية يحتاجه المريض ليستطيع التكيف مع وضعه المرضي (Campbell et al., 1994).

ب. توجيـه المـريض إلـى عمليـة التأهيـل (Orientating the Patient to the Rehabilitation Process)

يعمل الأخصائي الاجتماعي الطبي، بعد قيامه بإجراء التقييم، على توجيه المريض إلـى عملية التأهيل التي يقودها فريق ذي اختصاصات متعددة. وتقوم هذه العملية على مبدأ الـشراكة الفاعلة مع المريض، الذي لا يعود متلقيا سلبيا بل مشاركا في اتخاذ القرارات (Porter, 1997). وخلال عملية التأهيل يتركز عمل الأخصائي الاجتماعي الطبي على الاهتمام بالوهن والـضعف الذي يصاب به المريض نتيجة فقدانه لقدراته الجسدية، وعجزه عـن التنبـؤ بنتـائج المـرض، وشعوره بفقدان السيطرة على حياته. فيقوم الأخصائي الاجتماعي بداية بلقاء المريض وأسـرته بغرض دراسة شخصية المريض، وبيئته، والتعرف إلى العوامل المؤثرة في حالتـه المرضـية، والتاريخ التطوري للمرض. كما يعمل أيضا معهم على تحديد احتياجاتهم المختلفة المترتبة علـى المرض، ومن ثم يقوم بإشراكهم في وضع خطة المعالجة، وتحديد الأهداف الواقعية لهـا. كمـا ويحرص الأخصائي الاجتماعي الطبي على مراجعة تقدم المريض في عملية التأهيل والعلاج من خلال اجتماعات دورية يلتقي فيها المريض وأسرته. لذا فهو يساهم من خلال هذه اللقاءات فـي مساعدة المريض على امتلاك الشعور بالمسؤولية والالتزام تجاه العلاج، وبأنه قادر على السيطرة على وضعه المرضي (Campbell et al., 1994).

ج. الإرشاد (Counselling)

يشكل الإرشاد جانبا أساسيا في عمل الأخصائي الاجتماعي الطبي في رعايتـه لمرضـى فشل الكلى المزمن. ويكون تقديم الإرشاد عملية مستمرة باستمرار خضوع المريض للعلاج فـلا تتوقف أو تنتهي في وقت أو عند مرحلة ما. ويسعى الأخصائي الاجتماعي الطبي مـن خـلال

الإرشاد والعلاج الاجتماعي إلى تدعيم العلاج الطبي الذي تقدمه المؤسسة الطبية له. كما يساعد الأخصائي الاجتماعي على التخفيف من وطأة المعاناة النفسية للمريض، والحد من الخوف والقلق الذي يسيطر عليه. ويوفر الإرشاد الفرص للمريض للتعبير عن مشاعر القلق، والإحباط من العلاج والتي تتطور في أحيان كثيرة إلى يأس شديد يبرز كمشكلة صحية عامة تعيق التزام المرضى بالعلاج، وتؤثر سلبا على وضعهم الصحي (Palmer, 1978).

ويشكل توفر الإرشاد للمريض والأسرة، خاصة في الأشهر الأولى من البدء بالعلاج، أمرا هاما (Dobrof et al., 2001)، حيث تساهم الجلسات الإرشادية التي تجمع المريض وأسرته في مساعدة كل منهم على الاستماع لهموم واحتياجات الآخر تجنبا لحدوث أي خلل ينشأ في العلاقات الأسرية. كما ويساعد الإرشاد الجنسي المرضى في التعامل مع مشكلة انخفاض القدرة الجنسية، والتي تظهر كمشكلة صحية لدى غالبية المرضى بعد بدئهم العلاج بديال الدم. فيركز على معالجة الجانب النفسي للمشكلة ومفهوم الذات لدى المريض (Campbell, 1994).

د. التعليم (Education)

ينبع دور الأخصائي الاجتماعي التعليمي من حق المريض في اكتساب المعرفة التي تمكنه من المشاركة في اتخاذ القرارات المناسبة له لمتابعة العلاج. أما بالنسبة لمريض ديال الدم على وجه الخصوص فتشكل المعرفة مصدر قوة له، وبوابة لفهم مرضه وطبيعة العلاج المعقد الذي يخضع له. حيث تفرض الطبيعة المزمنة لمرض فشل الكلى واقعا غير قابل للتبدل، أو الانتهاء مع الزمن. لذا يشكل التعليم فرصة مهمة لتدعيم قدرة المريض على فهم وضعه الجسدي، وتقبل التغيرات التي تطرأ على نمط حياته، والالتزام بالنظام العلاجي الذي يمكنه من السيطرة على المشكلة. ويتسع دور الأخصائي الاجتماعي الطبي في مجال التوعية ليشمل رفع وعي أسرة

المريض والمقربين إليه، والعاملين في المؤسسة الطبية، حول الوهن الذي يعاني منـه وأسـبابه (Stapleton, 2000).

ويشتمل الدور التعليمي أيضا على توعية المرضى، وإقناعهم بأهمية العلاج بـديال الـدم والالتزام به بشكل منتظم، وإعطائهم بيان بمواعيده، وعلاج المشكلات التي تعترض هذه العملية. فيظهر التعريف بآلية العلاج وتقنياته، والأدوية المختلفة، والحمية الغذائية التـي يتوجـب علـى المريض إتباعها مكونا أساسيا في البرنامج التعليمي(Bess, 1979). ويحتاج المريض إلى هـذه المعرفة حال مباشرته العلاج لتبديد الشك والارتياب الذي يصيبه. غير أنها مستمرة في مراحـل لاحقة لأن العلاج بديال الدم عملية مستمرة ومتطورة.

ويقوم الأخصائي الاجتماعي الطبي ضمن هذا الدور بتوعية المرضـى بأهميـة إجـراء العمليات الجراحية التي يقررها الطبيب، ومساعدتهم في علاج مشكلاتهم المهنية، أو الأسرية، أو الاقتصادية، التي قد تجعلهم يقاومون ذلك. ويعمل أيضا على إقناعهم بضرورة الكشف الـدوري لمراقبة تطور المرض والكشف عن أي تعقيدات بشكل مبكر. كما يقوم أيضا بمتابعة المـريض بشكل متواصل وتوعيته فيما يتعلق بالعادات الغذائية لارتباطها الوثيق في تقدمه بالعلاج. ويقـدم الأخصائي الاجتماعي النصح للمريض حول النشاط الجسدي الذي يمكنـه أن يقـوم بـه ووفقـا لتعليمات الطبيب في هذا الصدد. كما ويشرف أيضا على متابعة المريض خـلال تواجـده فـي المنزل من خلال توعية الأسرة بأهمية التزامه بالبرنامج الغذائي (غباري، ٢٠٠٣).

ولا يمكن اختصار الدور التعليمي للأخصائي الاجتماعي الطبي فـي تزويـد المـريض بالمعلومات فقط. بل يتطلب هذا الدور من الأخصائي الاجتماعي بعث الأمل في المـريض مـن خلال مواظبته على متابعة التطورات الطبية في مجال العلاج ليبقي المريض بدوره على اطـلاع

بها(Oberley, 1975). كما ويسعى لجعل تعليم المرضـى فرصـة تمكـنهم مـن التواصـل الاجتماعي فتشكل مصدر قوة ودعم معنوي لهم (Palmer, 1978).

هـ. المناصرة (Advocacy)

تعد المناصرة أحدى المهام التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي الطبي بهـدف " تـوفير الدعم، والمعلومة حول الجهات الحكومية، والخدمات التطوعية المتوفرة وذلك لمدة قصيرة الأمـد خلالها يكتسب المريض وأسرته مهـارات مناصـرة- الـذات" (Campbell, 1994, P 473). ويقوم الأخصائي الاجتماعي الطبي بتسهيل وصول المريض وأسرته إلى المصادر المتوفرة فـي المجتمع لسد احتياجاتهم المترتبة على المرض من معدات مساندة، أو إجراء التعديلات اللازمة في بيئة البيت أو مكان العمل، أو إحداث التغيير في ادوار العمـل لتـتلاءم واحتياجـات المـريض (Erickson, 1994).

ثانيا: دور الأخصائي الاجتماعي الطبي في المستشفى

يقوم عمل الأخصائي الاجتماعي الطبي على ممارسة الأدوار التي تساعد المستشفى على تحقيق أهدافها، وتذليل الصعوبات التي تعوق استفادة المريض من العلاج. ويساعد أيضا الجهاز الطبي في تشخيص بعض الحالات الغامضة، من خلال إمدادهم بالحقائق والعوامـل الاجتماعيـة المعوقة للعلاج. كما يعمل على تدعيم العلاقات والتواصل ضمن أعضاء فريق التأهيل المختص من أجل مصلحة المريض الفضلى، وتقدم العلاج. كما ويلعب الأخصائي الاجتماعي دورا فاعلا في وضع الخطط التوعوية، ورسم الأنشطة والبرامج التي تجمع المرضى. وهـو يـشكل حلقـة

الاتصال بين المسؤولين والمرضى أنفسهم فينقل أراء المرضى، ويتعاون لتذليل الصعوبات التـي تواجههم أثناء وجودهم في المستشفى (غباري، ٢٠٠٣).

ثالثا: دور الأخصائي الاجتماعي الطبي مع أسرة المريض

يعتبر عمل الأخصائي الاجتماعي الطبي دعامة للأسرة وخاصة فـي مرحلـة تـشخيص المرض والبدء بالعلاج. فيقوم الأخصائي الاجتماعي بتشجيع الأسرة ابان تشخيص الإصابة بفشل الكلى المزمن، والتخفيف من واقع الصدمة التي قد تتعرض لها، والرفع مـن الـروح المعنويـة لأفرادها. كما ويعمل على توعية الأسرة بطبيعة المرض ونتائجه، ويسعى إلى تعديل اتجاهـاتهم نحو المريض من خلال إشراكهم في وضع الخطة العلاجية. ولا يتوانى الأخصائي الاجتمـاعي عن العمل على تحديد نقاط الضعف في العلاقات الأسرية السائدة، والعمل على تدعيمها، وتعيـين مكامن القوة في تلك العلاقات واستثمارها في الخطة العلاجية. فيقوم بتدعيم شبكة العلاقات بـين أفراد الأسرة والمريض والعمل على مساعدتهم النظر في الأدوار والمهام وإعادة توزيعها إذا مـا تطلب الأمر. هذا إضافة إلى مساعدة أسرة المريض للتوصل إلى حلول لمعالجة مشكلاتها المادية والاجتماعية التي قد تشغل المريض وتعيق من تقدم الخطة العلاجيـة. وقـد يقـوم الأخـصائي الاجتماعي أيضا بتشكيل مجموعات داعمة (Support Groups) وذلـك مـن خـلال تنـسيق اجتماعات أسرية جماعية لأسر المرضى هدفها التوعية بكيفية التعامل مع المرضـى ومـشاركة الخبرات والدروس الناجحة والاتفـاق علـى أنـسب أسـاليب التعـاون لمـساعدة المرضـى (غباري، ٢٠٠٣).

رابعا: دور الأخصائي الاجتماعي الطبي مع المجتمع

بعد دراسة الأخصائي الاجتماعي لمجتمع المريض، وما يتوفر فيه من مصادر يمكن لـه الاستفادة منها لاستكمال العلاج، وتحقيق أفضل أداء على المستوى الاجتماعي، يقوم الأخـصائي الاجتماعي الطبي بالاتصال والتواصل مع المؤسسات الموجودة في المجتمع التـي يمكـن مـن خلالها مساعدة المرضى وأسـرهم لـسد احتياجـاتهم. فيـسعى مـن خـلال نظـام الإحالـة (Referral System) إلى توجيه المريض وأسرته إلى مؤسسات الرعايـة الاجتماعيـة، أو أي مؤسسات أخرى يمكن للمريض أن يستفيد منها. ومن خلال عمله مع مؤسسات المجتمع والجهات المعنية يسهم الأخصائي الاجتماعي في مساعدة المريض على التكيف المجتمعي وذلـك بتهيئتـه للعودة إلى ممارسة نشاطه السابق وحياته الطبيعية. ويساهم الأخصائي الاجتماعي الطبـي فـي عودة المرضى إلى المشاركة في الإنتاج ودفع عملية التنمية الشاملة، فيـساعد المرضـى غيـر القادرين على مزاولة مهنهم الأصلية إلى الحصول على أعمال تناسب وضعهم المرضي بتحويلهم إلى مؤسسات التأهيل المهني (بشير وعثمان، ١٩٨٦).

ونظرا لطبيعة مرض فشل الكلى المزمن وارتباطه الكبير بعوامـل حياتيـة، وصـحية، وأمراض مزمنة أخرى كالسكري، وضغط الدم، يقع على عاتق الأخصائي الاجتماعي أيضا تدعيم البرامج المجتمعية الوقائية. فمن خلال الاشتراك في الحملات الإعلامية الهادفة إلى التأثير علـى الرأي العام، يمكن للأخصائي الاجتماعي الطبي المساهمة رفع الوعي المجتمعي حـول خطـورة مرضى فشل الكلى المزمن، وطرق الوقاية منه، والتعريف بأحوال المرضى وتغييـر اتجاهـات المجتمع نحوهم.

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

٣-١ مقدمة

يبين استطلاع الأدبيات والدراسات السابقة حول مرضى فشل الكلى المزمن بشكل عـام، والمرضى الخاضعين للعلاج بديال الدم بشكل خاص، الاهتمام المتزايد في دراسة هذه الـشريحة وخاصة الجوانب النفسية والاجتماعية للمرض. ويظهر هذا جليا كنتيجة حتمية للتقـدم المـستمر والنظرة الشمولية في تقديم العلاج والرعاية للمريض. فلا يقتصر الاهتمام اليوم على المعالجـة الطبية، ولا ينحصر التركيز فقط، كما كان ولعقود منصرمة على الأعراض الاكلينيكية للمـرض، بل ينصب اليوم على الناحية النفسية-الاجتماعية للمريض أيضا، وعلى نوعية الحياة التي يتمتـع بها المريض. فقد أثبتت العديد من الدراسات أهمية هذه الأخيرة فـي التـأثير علـى مخرجـات الرعاية الصحية، وتقدم المريض في العلاج، وضمان نوعية حياة أفضل له.

ويتضح هذا بشكل خاص في الدراسات الأجنبية التي تعكس مدى تقدم نوعيـة الخـدمات والرعاية الصحية التي تقدم للمريض. حيث تظهر الاهتمام الكبير بنتائج العلاج خاصة مع ازدياد المنافسة في عالم الرعاية الصحية، التي تقوم اليوم، أكثر من أي وقت مضى، بربط نتائج العلاج بفاعلية الخدمة الطبية المقدمة للمريض، وتكلفة هذه الخدمة. وانطلاقا مـن هـذه القاعـدة فـان الدراسات الأجنبية قد قطعت شوطا تخطت فيه الاهتمام بالجانب الطبي والفسيولوجي فقط، لتركز على الجانبين النفسي والاجتماعي ونوعية الحياة للمريض، وذلك من خلال البرامج التحـضيرية والإرشاد المرافق. وفي هذا الإطار تركز العديد من الدراسـات علـى أهميـة عمـل الفريـق

الاختصاصي في وضع الخطة العلاجية المتكاملة لمريض ديال الدم، وعلى وجه الخصوص الأخصائي الاجتماعي الذي لا تخلو مهمته من التعقيدات في كثير من الأحيان.

٣-٢ الدراسات الأجنبية

فيما يتعلق بانتشار مرض فشل الكلى المزمن ودراسة أوضاع مرضى ديال الدم، يبين المسح العالمي الذي أجراه موليير وزملاؤه (Moeller et al., 2002) والذي شمل (١٢٠) دولة في العالم، ، إلى أن النمو المستمر في أعداد هؤلاء المرضى يصل إلى خمسة أضعاف معدل نمو السكان في العالم. ويعزى هذا الازدياد إلى سببين رئيسين: العامل الديمغرافي، الذي يتمثل في ظاهرة التعمير أو ما يعرف بشيخوخة المجتمع (Ageing)، وبالتالي ازدياد فئة كبار السن من السكان والذين هم أكثر عرضة من غيرهم للإصابة بهذا المرض. أما السبب الثاني فهو الانتشار الوبائي العالمي لداء السكري. حيث يتوقع أن يصل أعداد المصابين بهذا المرض إلى (٣٠٠) مليون مع حلول عام (٢٠٢٥) مقارنة بـ (١٣٥) مليونا في منتصف التسعينيات من القرن الماضي. وحيث سيظهر هذا الازدياد في أعداد مرضى السكري بشكل واضح في الدول النامية أكثر منها في الدول المتقدمة حيث سيقطنها أكثر من (٧٥%) من مرضى السكري حول العالم (King et al., 1998).

ويؤكد الاستطلاع العالمي لأعداد المرضى وأنواع المعالجة والاتجاهات المرتبطة بها الذي قام به قراسمن وزملاؤه (Grassmann et al., 2005)، والذي شمل (١٢٢) دولة[15]، بأن أكثر من مليون ونصف مريضا كانوا يخضعون للعلاج البديل للكلية في نهاية العام (٢٠٠٤)،

[15] الـ١٢٢ دولة التي شملها الاستطلاع شكلت (٩٢%) من سكان العالم في العام (٢٠٠٤) وحوالي (٩٩%) من مرضى فشل الكلى التام. ومن بين الدول التي شملها الاستطلاع (١٧) دولة عربية منها الاردن.

(٧٧%) منهم كانوا يتلقون العلاج عن طريق غسيل الكلى. وتشير نتائج المسح أيـضا إلـى أن أعداد هؤلاء المرضى قابل لزيادة سنوية عالمية يصل معدلها إلى (٧%) .

أما دراسة بارسوم (Barsoum, 2002)، التي شملت عشر دول نامية، فتؤكـد أن نفقـات العلاج التعويضي للكلية غالبا ما تواجه نقصا في التمويل على الرغم من تحمل الحكومات العـبء الأكبر في تغطية نفقات العلاج، تليها شركات التأمين، ومن ثم المتبرعون.

وعلى صعيد الضغوطات التي يتعرض لها المريض الذي يخضع للعلاج بديال الدم، قـام هاروود وزملاؤه في كنـدا (Harwood et al., 2005) بدراسـة سـعت إلـى الكـشف عـن الضغوطات التي يتعرض لها المريض في الفترة التي تقع ما بين التـشخيص، والاقتـراب مـن خضوعه للعلاج بديال الدم. واشتملت الدراسة على عينة عشوائية من أحد عشر مريضا من الفئة العمرية ٦١- ٨٩ (٨٢% ذكور) يعالجون عن طريق ديال الدم. واستخدمت الدراسة المقابلـة المباشرة المعتمدة على التذكير الرجعي (Flash-back) كأداة لجمع البيانات حيـث تـم سـؤال المرضى عن تذكر الضغوطات التي واجهتهم خلال فترة التحـضير وقبـل البـدء بالمعالجـة. وخلصت الدراسة إلى أن جميع أفراد العينة، باستثناء أربعة منهم، أكدوا على مواجهتهم وأسـرهم للعديد من الضغوطات في مرحلة ما قبل البدء بالعلاج بديال الدم. واشتملت هـذه الـضغوطات على: ضغوطات جسدية تتعلق بالمرض وأعراضه مثل الـشعور بالتعـب، والأرق، وتعقيـدات ومشاكل في القلب، وقلة الحركة. وأخرى نفسية واجتماعية مثل شعور المريض بأنه عالة علـى كاهل أسرته، ومشاكل مادية، ومشاكل في المواصـلات، والقلـق والاكتئـاب. إضـافة إلـى ضغوطات لوجستية تتعلق بوحدة غسيل الكلى، وجلسات العلاج مثل: الانتظار لفتـرات طويلـة، النقص في برامج الوحدة، عدم توفر خيارات حيال نوع العلاج الذي سيخـضع لـه المـريض، الحاجة إلى الانتقال للعيش بالقرب من وحدة الغسيل وقلة المعلومات المتوفرة لدى المريض حول

طبيعة العلاج بديال الدم. وصنفت الدراسة عدم الرضى من قبل بعض المرضى عن نوع الخدمة المقدمة لهم من قبل مقدمي الرعاية كأحد أنواع الضغوطات.

وفي اليونان، قام كابا وآخرون (Kaba et al., 2007) بدراسة نوعية استطلاعية للخبرة الحياتية التي يعيشها مرضى ديال الدم في مركزين لديال الدم تابعين لمستشفيين في العاصمة أثينا. واشتملت عينة الدراسة على (٢٣) مريضا (٦٥%) منهم من الذكور. وكـان متوسـط أعمـار المبحوثين (٦٢) سنة ومعدل مدة المعالجة (٥،٧) سنة.

وقد ساهمت الدراسة في تعميق الفهم لكيفية تصور المرضى للمشاكل التي يتعرضون لها أثناء فترة المعالجة. واهتمت على وجه الخصوص في إظهار أثر الثقافة اليونانية علـى صـحة المرضى من خلال البحث في مدى تكيفهم مع العـلاج. وصـنفت نتـائج الدراسـة المـشاكل والضغوطات التي تعرض لها أفراد العينة ضمن خمس مجموعات اولاهـا المـشاكل الجـسدية المتعلقة بأعراض المرض، وأبرزها شعور المريض بالتعب قبل الخضوع لجلسة وبعده، والتراجع في وظائفه الجسدية وقيامه بأدواره المختلفة. ولكن من جهة أخرى بينت النتائج أيـضا اسـتعداد أفراد العينة لتحمل وزر المرض والمعالجة من ألم، ومشاكل القلب، ونقص في الطاقة، وقلة فـي النوم، في سبيل البقاء على الحياة. أما المجموعة الثانية من الضغوطات فقد ارتبطت بالقيود التي تفرضها المعالجة على حياة المريض. حيث أظهرت النتائج أن الحمية الغذائيـة والقيـود التـي تفرضها على كميات السوائل التي يسمح للمريض بتناولها كانت الأولـى ترتيبـا ضـمن هـذه المجموعة من الضغوطات. وذلك لما تتسبب به من عدم ارتياح جسدي لـدى المرضـى، ومـا تفرضه من قيود على حياتهم الاجتماعية. وتعزي الدراسة هذا الأمر إلى العامـل الثقـافي ومـا يحتله الطعام من مكانة اجتماعية في حياة الفرد اليوناني الذي يشكل الترفيه وقضاء الوقـت مـع الأصدقاء خارج المنزل لتناول الطعام جزءا أساسيا من حياته وبرنامجه الأسبوعي.

أما عدم الاستقرار والشك والخوف من المجهول فقد تصدرت المجموعة الثالثة من الضغوطات. حيث أظهرت النتائج أن انعدام الاستقرار الصحي وطبيعة الأعراض والتعقيدات الجانبية المصاحبة للمرض والعلاج تؤدي إلى انعدام الثقة لدى المريض. أما المجموعة الرابعة من الضغوطات فارتبطت بفقدان المريض لحريته وتوقف حياته على الآلة واعتماده على مقدمي الرعاية. وفي هذا الشأن أشارت النتائج إلى أهمية الدور الذي يلعبه مقدمي الرعاية والأخصائيون في زرع الشعور بالطمأنينة في نفوس المرضى والتخفيف من معاناتهم. وكان الوجه السلبي للشعور بالاعتماد على الآخرين قد ظهر عند العديد من أفراد العينة على شكل تخوف من النبذ، أو عدم الاحترام لإنسانية المريض. وتمثلت المجموعة الأخيرة من الصعوبات بالتغيرات في شخصية مرضى ديال الدم واستجاباتهم للمرض والعلاج. فأظهر معظم أفراد العينة استجابات ومشاعر سلبية تمثلت في وجود مؤشرات اكتئاب لدى بعضهم ومحاولة البعض الآخر الانتحار.

وتأتي هذه النتائج متوافقة مع نتائج دراسات أخرى تناولت دراسة أوضاع مرضى فشل الكلى المزمن والاضطرابات النفسية لديهم. فقد وجد كوب (Kopp, 1992) أن الشعور بالغضب، أو إنكار المرض، أو القلق أو الاكتئاب هي بعض الاضطرابات التي يعاني منها مريض فشل الكلى المزمن والتي تأتي كردة فعل تجاه المرض. كذلك أكدت دراسة دايموند (Diamond, 1980) أن عوامل مثل القلق، والاكتئاب، والإقدام على الانتحار، هي بعض أشكال الاضطرابات النفسية التي يعاني منها المرضى. وأن مرضى ديال الدم غالبا ما يقومون باستخدام استراتيجيات إنكار المرض، والإسقاط والتعويض كوسائل للتكيف.

ولكن من جهة أخرى، أظهر البعض الآخر من المبحوثين في دراسة كابا وآخرين (Kaba et al., 2007) سلوكا مختلفا يتسم بالتفاؤل. فأبدوا تمسكا بفرصة الحياة من خلال العلاج. وأشاروا إلى ايجابية خبرة المرض وانعكاساتها على نضجهم الإنساني وعلى تكيفهم

وسلوكهم الصحي. وبينت النتائج أن مهارات واستراتيجيات يستخدمها هؤلاء المرضى تكمن وراء هذه الاستجابة التفاؤلية للمرض. وهذه تهدف في النهاية إلى تغيير قيمهم وأولوياتهم في الحياة بما يتناسب وحقيقة المرض التي يعيشونه.

ومن النتائج غير المتوقعة التي كشفت عنها تلك الدراسة هو إبداء معظم أفراد العينة تقبلا للخبرات المأساوية التي يعيشونها (Traumatic Experiences). حيث يرون في عيشهم لخبرة المرض والعلاج الثمن الذي يجب عليهم دفعه مقابل بقائهم على الحياة. ويعزو القائمون على الدراسة هذا الأمر إلى العامل الثقافي. وعلى وجه الخصوص الشبكة الاجتماعية، والروابط القوية التي مازالت تميز تركيبة المجتمع اليوناني الذي يتميز بالتزامه بتقديم الدعم المعنوي للمريض. هذا أيضا يرتبط في بنية الأسرة اليونانية الممتدة والتي تساهم بدورها في تقديم الدعم للمريض خلال عيشه خبرة المرض. وبينت الدراسة لما لهذه العوامل الاجتماعية من تأثير على ذهنية المرضى والتزامهم بشكل أفضل في المعالجة.

وفي ذات الصدد، هدفت الدراسة التي قام بها هارجن وزملاؤه في السويد (Hargen et al., 2001) إلى التوصل إلى فهم أكبر لخبرات الألم التي يعيشها مرضى ديال الدم، وذلك من خلال تحديد الموضوعات التي يشترك المرضى المبحوثون في وصفها. وتكونت عينة الدراسة من (١٥) مريضا (٨) منهم من النساء. وقد تراوحت الفئة العمرية للمرضى المبحوثين بين (٥٠) و (٧٩) عاما. وخلصت نتائج إلى أن أكثر الأمور التي تسبب الألم في حياة المرضى هي: شعورهم بفقدان الحرية، واعتمادهم على آلة التنقية وعلى مقدمي الرعاية وما يخلقه هذا الاعتماد المتعب والمستنزف للوقت من عرقلة في حياة المريض الزوجية والعائلية والاجتماعية. وأكدت نتائج الدراسة أن قبول المريض لواقع المعالجة وتمسكه بالنظرة التفاؤلية

تجاه اعتماده على الآلة، إضافة إلى معاملة مقدمي الرعاية له كفرد تحترم استقلاليته، تسهم جميعها وإلى حد كبير في التخفيف من خبرة الألم التي يعيشها المريض.

ونظرا للتزايد الكبير في إعداد مرضى ديال الدم الذين يبلغون (٦٥) عاما فأكبر في مقاطعة نيو برونزوك (New Brunswick) في كندا، قامت لوجن وآخرون (Logan, Pelletier-Hibber, and Hodgins, 2006) بدراسة للضغوطات التي يواجهها هؤلاء المرضى، وتحديد أساليب التكيف التي يلجأون إلى استخدامها. كما وبحثت الدراسة في علاقة بعض المتغيرات بالضغوطات والتكيف. وقد شملت عينة الدراسة على (٥٠) مريضا من المقيمين في مستشفيين مختلفين، شكلت الإناث (٤٤%) منهم. وأظهرت النتائج أن الضغوطات الناجمة عن الإعياء، والقيود التي تفرض على كميات السوائل التي يتناولها المريض، هي الأكثر تأثيرا على حياته.[١٦] بينما كانت الضغوطات الناجمة عن تأثير المرض السلبي على النشاطات الاجتماعية والترفيهية تميز عينة هذه الدراسة دون غيرها.

وبينت الدراسة خطأ الاعتقاد السائد بوجود علاقة عكسية بين طول المدة الزمنية التي بات المريض يخضع فيها للعلاج بديال الدم والضغوطات التي يتعرض لها، وبالتالي انعكاسه على زيادة درجة التكيف مع آلة الغسيل. حيث أثبتت النتائج عدم وجود أي علاقة تربط بينها. فأظهرت أن المدة الزمنية للمعالجة لا تؤثر على نظرة المريض وتقييمه للضغوطات التي يعيشها بسبب المرض. ومن النتائج الهامة التي خلصت إليها الدراسة أيضا العلاقة العكسية التي تربط متغير العمر ومدى استخدام المرضى لأساليب التكيف مع المرض. حيث تبين أنه كلما تقدم أفراد العينة في العمر أبدوا استخداما أقل لأساليب للتكيف مع المرض لاعتقادهم بعدم جدوى هذه الأساليب. وقد كان الأسلوب التفاؤلي (Optimistic)، والأسلوب التلطيفي (Palliative)، والأسلوب الداعم (Supportive) أكثر أساليب

---

[16] جاءت متوافقة مع دراسات سابقة أيضا (Baldree et al. 1982; Mok and Tam 2001; Burns 2004)

التكيف استخداما من قبل المرضى. كما وكانت هذه الأساليب الثلاثة الأكثر فاعلية وفائدة بين الأساليب التكيفية المستخدمة وفق تقدير المرضى المبحوثين .

وفي الولايات المتحدة الأمريكية كشفت الدراسة التي قام بها بالدري وآخرون (Baldree et al., 1982) بهدف قياس شدة الضغوطات التي يواجهها مرضى ديال الدم، في عينة تكونت من (٣٥) مريضا تراوحت أعمارهم بين (٢١-٦٠) سنة، أن القيود المفروضة على الشراب- والمصنفة في الدراسة ضمن الضغوطات الاجتماعية – النفسية- جاءت الأولى ترتيبا بين الضغوطات. بينما كانت التشنجات العضلية والإعياء الأكثر شدة وتأثيرا بين الضغوطات الجسدية التي يعاني منها المرضى. وكانت دراسة بيرنز (Burns, 2004) حول التكيف الجسدي والنفسي- الاجتماعي لدى الأمريكان السود الذين يعالجون بديال الدم قد كشفت عن أن أكثر المشاكل الشائعة والتي يعاني منها المرضى هي الإعياء، وتقرح العضلات، والقصور الجسدي، بينما كانت القيود المفروضة على الطعام وكميات الشراب أكثرها مضايقة لهم.

وهدفت الدراسة التي قام بها موك وتام (Mok and Tam, 2001)، في مدينة هونج كونج، إلى عينة تكونت من (٥٠) من مرضى ديال الدم (٦٠% من الذكور) و (٧٢%) منهم متزوجون و(٦٠%) منهم يخضعون لديال الدم منذ خمس سنوات فأكثر، إلى البحث في العلاقة التي تربط بين الضغوطات المرتبطة بالمعالجة، وأساليب التكيف، والمدة الزمنية لخضوع المريض لديال الدم. وقد خلصت الدراسة إلى أن أكثر الضغوطات شيوعا كانت القيود المفروضة على الشراب ، يتبعها الحمية الغذائية، ومن ثم الأعراض الجسدية المتمثلة بالحكة والإعياء، وأخيرا تكاليف العلاج. وبينت نتائج الدراسة وجود علاقة غير ذات دلالة إحصائية بين شدة الضغوطات التي يتعرض لها المريض وكل من المتغيرات التالية: النوع الاجتماعي، الحالة الزواجية، والحالة التعليمية، والمدة المعالجة بديال الدم. أما أكثر أساليب التكيف استخداما من

قبل المرضى فقد كان قبول الوضع المرضي وذلك لإدراكهم بأن ليس باستطاعتهم فعـل الكثيـر. ومن ثم أسلوب طمأنة المرضى لأنفسهم بعدم القلق أو الاكترات وبأن أن الأمور ستسير على مـا يرام، يتبعها التقليل من أهمية الوضع من خلال تذكير المرضى لأنفسهم بثانوية المـشكلة التـي يواجهونها. كما تبين تأثر المرضى في إدارتهم للضغوطات والتكيـف مـع المـرض بالتقاليـد والفلسفات الصينية مثل الكنفوشية، والبوذية وغيرها.

وأظهرت نتائج دراسات أخرى تعدد أنماط الأساليب المستخدمة من قبل مرضى ديال الدم. فكشفت دراسة بيرنز (Burns, 2004) عن تنوع الأساليب التي يستخدمها المرضـى للتكيـف مـع وضعهم المرضي ومتطلبات العلاج. وكانت أولى هذه الأساليب وأكثرها استخداما من قبلهم هي الثقة با والاتكال عليه. وأظهرت نتائج دراسة بالدري وآخرون (Baldree et al., 1982) أن التفـاؤل، والتحكم بالحالة التي يعيشها المريض نتيجة المرض، كانت أكثر الأساليب استخداما من قبـل أفـراد العينة. بينما كانت إستراتيجية الهروب ووضع المشكلة جانبا، والإلقاء باللوم على الآخـرين الأقـل استخداما بين الأساليب.

وأما الدراسة العرضية التي قام بها ريتـشزمان و ليفـــي (Reichsman and Levy, 1972) والتي استمرت أربع سنوات، وشملت (٢٥) مريضا يخضعون لديال الدم، فقد بينت المراحـل المختلفة التي يعيشها المريض والتي تبدأ لحظة اكتشافه للمرض وتستمر طيلة فترة تكيفه معه. فتؤكد نتائج الدراسة بأن السمة النفسية الغالبة التي تظهر على جميع المرضى قبيل بدئهم بالعلاج بديال الدم هي الشعور بالإحباط الشديد والعجز الناجمين عن إحساس المريض بالخسارة. أما المراحل اللاحقـة التي يعيشها المريض خلال تكيفه مع المرض فهي ثلاث يلجأ المريض خلالها إلى استخدام العديد من أساليب التكيف: مرحلة شهر العسل، مرحلة التثبيط والتحرر من الوهم، مرحلة التكيف طويل الأمد.

أما المرحلة الأولى من التكيف المبكر فقد تمتد بين ستة أسابيع إلى ستة أشهر من البـدء بالعلاج. فيها يشعر المريض بتحسن ملموس، فيغلب التفاؤل والأمل عليه، معرضا النظر، وأسرته في كثير من الأحيان، عن الصعوبات وعدم الراحة التي قد يتسبب بها العلاج لاعتقاده، بأن عملية العلاج ستقود إلى شفاءه. فيعيش مرحلة من الأمل بعودة وضعه الصحي وحياته إلى مـا كانـت عليها. ويتطلع المريض وأسرته في هذه المرحلة إلى عودته إلى الاعتماد على ذاته والـى القيـام بأدواره ووظائفه الاجتماعية كما كان عليه الأمر قبل إصابته بالمرض.

ولكن سريعا ما يدرك المريض تطور حالة العجز التي يعيشها ومعنى ذلك علـى حياتـه (Eccard, 1979). فتبدأ المرحلة الثانية وتختلف سرعة الدخول فيها من مـريض إلـى آخـر. وتستمر مرحلة التثبيط والتحرر من وهم الشفاء التام من ثلاثة إلى اثنا عشر شـهرا. فـي هـذه المرحلة يبدأ المريض بالعيش مرحلة من الصراع مع فكرة الاعتماد بشكل كلي على الآلـة بقيـة حياته. ويسود المرحلة الشعور بالخوف من الرفض من قبل الأسرة ومن قبل من هم حوله يزيـد من شعوره بالعجز الذي قد يتحول في معظم الأحيان إلى حال من النكران الكلي لمشكلة المرض تقود المريض إلى رفض العلاج أو الالتزام بتناول الأدوية أو إتباع الحمية.

وتبدأ المرحلة الثالثة حيال إدراك المريض لحقيقة استحالة عودته إلى ممارسة حياته بـشكل طبيعي كامل. عندها يبدأ بالتعامل مع الواقع، ويحدد الأهداف التي ستمكنه من الحفاظ على مـستوى فاعلية، وإنتاجية ضمن مستوى معين يمكنه من القيام بأدواره.

وفي الولايات المتحدة الأمريكية، كان أهم ما كشفت عنه الدراسة التي قـام بهـا ويلـتش واوستن (Welch and Austin, 2001) حول العلاقة بين الضغوطات، التكيف، والاكتئاب في عينة مكونة من (١٠٣) مريضا تراوحت أعمارهم ما بين (٢٠) و(٨٢) سنة، وشكّل الأفارقـة الأمريكـان أكثر من (٧٠%) منهم، بينما بلغ عدد الإناث (٥٥)، أن زيادة الضغوطات النفسية-الاجتماعية (ومنها

الحد من كمية شرب السوائل، مدة المعالجة، وتبادل الدور مع الأبناء) قد ارتـبط باسـتخدام أكبـر لأساليب التكيف المتمركزة حول المشكلة، وأساليب الدعم الاجتماعي والانسحاب. وعلى الرغم مـن كون مريض ديال الدم أكثر قدرة على التحكم بهذه الضغوطات من السيطرة على الضغوطات الجسدية التي يواجهها، إلا أن عدم معالجة الضغوطات النفسية- الاجتماعية قد يؤدي إلى نتائج سـلبية وغيـر محمود عقباها مثل إصابة المريض بالاكتئاب. وأظهرت نتائج الدراسة أيضا عدم وجود علاقة دالـة إحصائيا تربط ما بين استخدام المريض أساليب التكيف المتمركزة حول حل المشكلة وظهور أعراض الاكتئاب لديه. بينما بينت الدراسة أن المرضى الذين يعتمـدون علـى التكيـف باسـتخدام وسـائل الانسحاب هم أكثر عرضة من غيرهم لخطر الإصابة بالاكتئاب .

٣-٣ الدراسات العربية

أما بالنسبة للدراسات العربية المتوفرة حول المرضى الخاضعين للعلاج بديال الدم فهـي قليلة، ويتناول معظمها الجانب الطبي للمرض وآثاره الفسيولوجية. ويركز البعض الآخر علـى البحث في وبائيات المرض؛ وانتشاره، والوقوف على أسباب الإصابة بـه، ودراسـة أعراضـه وتداعياته (Abdallah et al., 2007; Sacca and Hazza, 2005; Takruri, Hamzeh and Sweiss, 1995). وقد اهتم بعضها أيضا بدراسة آثار الحمية الغذائية التي يتبعهـا المرضـى، والبرامج التثقيفية حول ذلك على تحسن وضعهم الـصحي ونتـائج العـلاج (الـذيب، ١٩٩٥؛ صويص، ١٩٩٢).

أما ما يتوفر من دراسات حول الضغوطات المختلفة التي يعاني منها المـريض وأسـرته جراء الإصابة بمرض فشل الكلى المزمن، والخضوع للمعالجة بديال الدم فهي نادرة. كما يظهر

وجود نقص واضح في الدراسات التي تعنى بالبحث في استجابات مرضى فشل الكلى المزمن بشكل عام، ومرضى ديال الدم على وجه التحديد، والتغيرات التي تطرأ على حياتهم.

فكانت الدراسة التي أجراها الحمراني وبلال (Al Homrany and Bilal, 2001) قد اهتمت بتحديد الخصائص النفسية-الاجتماعية لمرضى غسيل الكلى (Dialysis) في المملكة العربية السعودية، وإظهار أثر التكيف النفسي الاجتماعي لدى المرضى على نوعية الحياة التي يتمتعون بها. وقد شملت عينة الدراسة (٥٤) مريضا (٥٠% ذكور) من المراجعين لمركز غسيل الكلى في مدينة أبها جنوب المملكة. وأظهرت نتائج الدراسة معاناة (٦٠%) من المرضى المبحوثين من اكتئاب مرضي مرافق سببه التشخيص بالإصابة بمرض فشل الكلى التام. أما البيانات الطبية التي جمعت فقد أظهرت أن الحكّة هي أكثر الأعراض الجسدية المزعجة لدى أفراد العينة. وارتبطت هذه بشكل ملحوظ مع الحزن الذي يشعر به المريض، والكسل، وانعدام المشاعر تجاه الآخرين. إضافة إلى حالة الإعياء التي يشعر بها المريض، وقلة التركيز. بينما ارتبط المزاج الحزين الذي يعيشه المرضى بالمشاعر العدائية التي يمتلكونها، والتشاؤم، وقلة الشهية، والأرق، والآلام المختلفة التي يشعرون بها. أما الضعف الجنسي فقد كان أحد الأعراض الشائعة لدى أفراد العينة ولكن لم تظهر النتائج وجود أي علاقة ذات دلالة إحصائية بينه وبين عارض الحكة أو المزاج الحزين.

كما وأشارت النتائج إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الجنس وبعض المتغيرات الأخرى. فكان الذكور أقل اعتمادا من الناحية المادية والاجتماعية على غيرهم مقارنة بالإناث، وأكثر مشاركة منهن في الحياة الاجتماعية. بينما أظهرت الإناث عدائية أكبر من الذكور. ونقلا عن الدراسة، فأن هذا يعكس النمط الثقافي السائد في مجتمع ذكوري ويفسر أيضا العدائية التي تظهر عند الإناث بشكل أكبر. وأظهرت النتائج أيضا أن المتعلمين من أفراد العينة كانوا أكثر

استقلالية من الناحيتين الاجتماعية والاقتصادية بينما كان الأميون في العينة أقل مشاركة في الحياة الاجتماعية. وفيما يتعلق بأساليب التكيف لدى المرضى، فقد أظهر (١٦,٧%) من المرضى إنكارا للمرض وذلك بتناسيهم له وهروبهم منه. وتبين أن الشباب والمتعلمين، وبسبب وعيهم لمحددات المرض ونتائج المعالجة على حياتهم، كانوا الأكثر استخداما لإسلوبي الإنكار (Denial) والإسقاط (Projection). بينما اختار المسنون التوجه الديني كأسلوب للتكيف بقبولهم المرض كمشيئة من ا وعليهم الخضوع لها لينالوا أجرهم عنها في الدار الآخرة. هذا أدى إلى تكيفهم الايجابي وقبولهم المرض.

وفي الأردن أجريت بعض الدراسات لتحديد مدى انتشار مرض فشل الكلى المزمن، الذي أصبح بلا شك يشكل وضعا ضاغطا وعبأ مستمرا على موارد قطاع الرعاية الصحية في المملكة. وقد كان معظم هذه الدراسات يركز في جانب أو آخر على العوامل المسببة، أو الأمراض المصاحبة لمرض فشل الكلى مثل السكري والتهاب الكبد الوبائي. ويفتقر الأردن إلى اليوم إلى توفر مسح استطلاعي محدث وشامل يحدد انتشار المرض، والتوزيع الجغرافي للمرضى، وعوامل ومسببات الإصابة، وتوزيع المرضى وفق النوع الاجتماعي والعمر. فما يتوفر من بيانات حول مرضى ديال الدم في الأردن لم يتم تحديثها منذ سنين.

فقد قام التكروري وحمزة وصويص (Takruri, Hamzeh and Sweiss, 1995) عام (١٩٩٢) بإجراء مسح شامل لمرضى ديال الدم في الأردن البالغ عددهم (٤٥٦) مريضا، والمراجعين لجميع وحدات الغسيل في المملكة المنتشرة في محافظات عمان، وأربد، والزرقاء، والكرك، ومعان، والعقبة.والبالغ عددها آنذاك تسعة. وهدف المسح إلى جمع بيانات تتعلق بالنوع الاجتماعي، العمر، زمرة الدم، مكان السكن وسبب الإصابة بالمرض. وبينت نتائج المسح أن نسبة انتشار المرض بالنسبة إلى عدد السكان في تلك السنة قد بلغ (١١٤) لكل مليون من السكان.

أما بالنسبة لعدد المرضى لكل (١٠،٠٠٠) من السكان فكان أكثرهم تواجدا في محافظة الزرقـاء، وعزى القائمون على الدراسة هذا إلى التلوث الناجم عن وجود مصفاة البتـرول الوحيـدة فـي المملكة في تلك المحافظة.

أما فيما يتعلق بمتغير النوع الاجتماعي فبين المسح انه لا توجـد علاقـة ذات دلالـة إحصائية بين الإصابة بالمرض والنوع الاجتماعي للمريض، حيث كانت أعداد مرضى ديال الدم من الذكور مساوية تقريبا لعدد الإناث. وكان معظم مرضى ديال الدم من الفئات العمريـة (٤٠-٤٩)، (٥٠-٥٩)، (٦٠-٦٩). وكشف المسح عن أن التهاب كبيبات الكلى المزمن شكل الـسبب الرئيسي للإصابة بفشل الكلى التام بين المبحوثين(٢٩،٤%)، بينما كـان الـسبب مجهـولا فـي (٢٨،٢%)، تبعه الإصابة بمرض السكري الذي كان سببا في إصابة (١٠،٥%) مـنهم. وتبـين أيضا انتشار التهاب الكبد الوبائي (ب) بين المرضى. أما القائمين على المسح فقد عزوا ذلك إلى انتقال العدوى قبل بدء المرضى العلاج بديال الدم، أو أوضاع النظافـة العامـة وقلـة الالتـزام بإجراءات الصحة أثناء حصولهم على العلاج بديال الدم.

وكشفت الدراسة التي قام بها سعيد وآخرون (Said et al., 1995) لتقييم انتشار العدوى بفيروس التهاب الكبد الوبائي (ج) بين مرضى ديال الدم في الأردن، والتي شملت (٢٧٣) مريضا والمراجعين لثلاث وحدات رئيسة لغسيل الكلى في المملكة، عن انتشار التهاب الكبد الوبـائي (ج) بنسبة (٢٤،٥%) بين المرضى الذين شملتهم الدراسة. وبينت النتائج العلاقة الطردية بـين مـدة المعالجة بديال الدم والإصابة بعدوى الفيروس، فكلما طالت مدة المعالجة بـديال الـدم ارتفعـت احتمالية الإصابة لدى المريض. هذا إضافة إلى التأكيد على أن عملية نقل الدم للمرضى (Blood Transfusions) تبقى الطريق الرئيسة لانتقال العدوى بالفيروس. وأكدت النتائج على ضرورة الالتزام بمعايير الصحة العامة والوقائية في وحدات غسيل الكلى وإثناء المعالجة.

ويؤكد عبدا وزملائه (Abadallah et al., 2007)، في دراسة حديثة صـدرت فـي المجلة الصحية لشرق المتوسط، تضاعف عدد المرضى الخاضعين لديال الدم في الأردن خـلال السنوات بين (٢٠٠٣) و (٢٠٠٧). وفي ذات السياق تشير نتائج المسح الذي قـام بـه بطيحـة وزملائه (Bateiha et al., 2007) إلى الزيادة الكبيرة في معدل انتشار مرضى ديال الدم الـذي وصل إلى (٣١٢) لكل مليون من السكان في العام (٢٠٠٣)، بعد أن كان عدد الاصابات (١١١) لكل مليون في العام (٢٠٠٢)، و (١٨١) لكل مليون في العام (١٩٩٨)، و (١١٤) لكل مليـون في العام (١٩٩٢). وبذلك فقد بلغ معدل الزيادة السنوية في الحالات المحولة للعلاج بديال الـدم خلال هذه الفترة (٨,٥%). وتشير هذه الأرقام التوسع الكبير في توفير خدمة المعالجة بديال الدم في الأردن، مما يحتم وضع أعباء مالية على القطاع الصحي. بينما تؤكـد أيـضا أن الـشريحة الأكبر من المرضى الخاضعين للمعالجة بديال الدم هم من فئة كبار السن (٦٠) عاما فأكبر.

وفيما يتعلق بدراسة مسببات مرض فشل الكلى المزمن في الأردن (Etiology)، وعوامل الخطورة المرتبطة بتطوره، أظهرت بعض الدراسات الطبية أن التهاب كبيبات الكلـى المـزمن كان السبب الرئيسي لحدوث فشل الكلى المزمن في حقبـة التـسعينيات مـن القـرن الماضـي (Takruri, Hamzeh and Sweiss, 1995)، بينما كشف المسح الذي قام به عبدا وزملائـه (Abdallah et al., 2007) في العام (٢٠٠٣) بأن السكري كان السبب الرئيسي لتطور مرض فشل الكلى ووصوله إلى مرحلته النهائية (٢٩,٢ % من الحالات)، يتبعه على التوالي ضغط الـدم (١٨,٤%)، والتهاب كبيبات الكلى المزمن (١٢،٣%).

وقد اعتمد بطيحة وآخرون (Batieha at al., 2007) المسح ذاته لأغراض تقييم وبائيات مرض فشل الكلى المزمن، والعبء الناجم عن العلاج بديال الدم. فشمل المسح جميـع مرضـى ديال الدم للعام (٢٠٠٣) وعددهم (١٧١١) مريضا والمراجعين لجميع وحدات غسيل الكلى فـي

المملكة، (٥٦%) منهم من الذكور. وقد شكلت فئة كبار السن، (٦٠) عاما فأكبر ثلث المرضى المبحوثين، بينما بلغت نسبة المرضى من الفئة العمرية (٤٠-٥٩) (٣٦%). وكان (٨٦,٨%) من المرضى عاطلين عن العمل و(٩٢%) يعانون من الفقر. وبلغ متوسط المسافة التي يقطعها المريض للوصول إلى وحدة غسيل الكلى (١٣,٦) كيلومتر.

أما الدراسة التي نشرت حديثا لحجازات وعجلوني (Hijazat and Ajlouni, 2008)، فقد تناولت البحث في انتشار العدوى بفيروس التهاب الكبد الوبائي (ب) بين مرضى ديال الدم، وعوامل الخطورة المرتبطة بها وذلك في عينة تكونت من (٤٢٧) من مرضى ديال الدم، المراجعين لسبع وحدات غسيل كلى تابعة للخدمات الطبية الملكية في مدينة عمان، حيث شكل الذكور (٥٣%) منهم. وقد خلصت النتائج إلى أن (٥,٩%) من المرضى أصيبوا بالتهاب الكبد الوبائي (ب) بعد بدئهم بالعلاج بديال الدم، بينما كان (٣٦%) منهم قد أصيب بفيروس التهاب الكبد الوبائي (ج) أثناء خضوعهم للمعالجة، و (٢%) أصيبوا بالعدوى بكلا الفيروسين. وتوافقت نتائج هذه الدراسة مع الدراسة السابقة التي قام بها سعيد وآخرون (Said et al., 1995) التي أكدت على أن احتمالية فرصة الإصابة بعدوى الفيروس تزيد بازدياد مدة المعالجة. وأوصى القائمين على الدراسة ضرورة اتخاذ التدابير الوقائية لحماية مرض فشل الكلى من التقاط العدوى وأهمها تحصينهم بالمطاعيم اللازمة قبل البدء بالمعالجة.

أما فيما يخص الدراسات التي تناولت الجوانب النفسية-الاجتماعية لمرض فشل الكلى، وأثاره على حياة المريض وأسرته، فلا يزال البحث واستطلاع المشكلة بحاجة إلى أثراء كبير. فما يتوفر من دراسات حول الموضوع قليل جدا مقارنة بحجم المشكلة وتداعياتها الحالية والمستقبلية، والحاجة الملحة لتطوير نوعية الخدمات التأهيلية المقدمة للمرضى والارتقاء بنوعية حياتهم. إلا أنه ومن ناحية أخرى أجريت بعض الدراسات حول الآثار النفسية والاجتماعية

لإمراض مزمنة أخرى كالقلب، والأمراض الروماتيزمية، والسرطان ركزت على وصف الآثـار النفسية المترتبة على المرض، وتحديد احتياجات المرضى الاجتماعية، وأشكال التكيـف لـديهم وأسرهم. كما عنيت هذه الدراسات أيضا بوصف الخصائص الديمغرافية للمصابين وخاصة فئـة الأطفال منهم.

فقد أجرت الشمايلة (١٩٩٤) دراسة مسحية للمشكلات التكيفية لدى الأطفـال المـصابين بأمراض مزمنة: الفشل الكلوي، والصرع، والتلاسيميا، وسرطان الدم. وتكونت عينة الدراسة من (٨٠) طفلا من كلا الجنسين، ومن المراجعين لمستشفى البشير والمدينة الطبية وضـمن الفئتـين العمريتين (٦-٩) و (١٠-١٣) عاما. وقد أفادت نتائج الدراسة إلى أن أكثر المشكلات التكيفيـة شيوعا بين الأطفال المبحوثين هي: التعلق الطفولي المبالغ به بالأم، القلق والتوتر، الخـوف مـن الابتعاد عن الأسرة، الدخول إلى المستشفى، الغضب والانفعال السريع، الاعتماد المفـرط علـى أفراد الأسرة، والاضطرار إلى ترك المدرسة. وضمن التوصيات التي جاءت بها الدراسة أهمية وجود دراسات لفئات عمرية جديدة مثل فئة المراهقين والراشدين، وذلك للتعرف علـى طبيعـة المشكلات التكيفية التي تواجههم.

أما دراسة ملكاوي (١٩٩٨) فقد هدفت إلى معرفة أهم الخصائص التي يتميز بها الأطفال ذوي الأمراض المزمنة، وحاجاتهم الاجتماعية في عينة اشتملت على (١٠٥) أسرة و(٧١) طفـلا غالبيتهم من الذكور ومتوسط أعمارهم (٧) سنوات. وأشارت الدراسة إلى الآثار التـي يتركهـا المرض المزمن على الأطفال من الناحية الأكاديمية والاجتماعية والنفـسية. فبينـت النتـائج أن غالبية الأطفال في العينة قد أظهروا توجهات سلبية نحو تواجدهم في المستشفى على الرغم مـن إظهارهم لمشاعر ايجابية حيال الأطباء والممرضات. أما فيما يتعلق بالأهل، فقد كان للمـرض تأثير مباشر على الوضع الاقتصادي للأسرة، ولم تتـأثر العلاقـات الأسـرية كثيـرا. وبقيـت

الأمهات- وفق ما خلصت إليه الدراسة- الأكثر تحملا لمسؤولية رعاية أطفالهن ومـرافقتهم فـي مراجعاتهم إلى المستشفى ومبيتهم فيها، مما ترك أثرا على علاقـاتهن الاجتماعيـة وأوضـاعهن النفسية. كما تأثرت علاقتهن بأطفالهن المرضى، الذين أصبحوا أكثر تعلقا بهـن والـى درجـة كبيرة. وفيما يتعلق بالنظرة الاجتماعية للأسرة فإنها تنحصر في أغلب الأحيان بالحزن والشفقة.

وضمن العديد من التوصيات، خلصت الدراسة إلى ضرورة تبني الفلسفة الـشمولية فـي العلاج الطبي، وأهمية وجود أخصائي اجتماعي ضمن الفريق المختص الطبي والتمريضي الـذي يتعامل مع الأطفال المرضى، وضرورة توفير الأجواء المناسبة لرعاية الأطفال داخل المستشفى. كما وأكدت على أهمية إيجاد وحدات للدعم الأسري للأسر الأطفال المرضى هدفها الـسعي إلـى الحفاظ على الأسرة الطبيعية ما أمكن، والوصول بالأهالي إلى مرحلة التكيف مع مرض أطفـالهم بأسرع وقت ممكن.

وتناولت دراسة أبو السندس (٢٠٠٢) التكيف النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الأردنيـين المصابين بلوكيميا الدم والمراجعين لمركز الحسين للسرطان والمدينة الطبية وأسرهم. فـشملت عينة الدراسة (٥٠) طفلا من الفئة العمرية (٥-١٤) سنة. وكـشفت الدراسـة عـن اتجاهـات الأطفال حول العلاج، موضحة أن غالبيتهم يكره الذهاب إلى المستشفى على الرغم من محبـتهم للفريق الطبي القائم على علاجهم، وأن أكثر من نصفهم يرغب بتناول العلاج رغم معاناتهم مـن المضاعفات بعد تناوله. وكان معظمهم لا يود البقاء وحده ويعاني الملل بسبب إجراءات العـلاج الطويلة. وأظهرت النتائج وجود قلق كبير لدى الأطفال وخاصة فيما يتعلق بالتغيرات التي تحدث في أجسامهم نتيجة المرض والعلاج وخاصة سقوط الشعر. وكان معظم الأطفال يميلون بـشكل كبير للغضب السريع والبكاء بعد الإصابة بالمرض. كما كشفت الدراسة عن تحمـل الأمهـات الدور الأكبر في مرافقة أبنائهن للعلاج والإقامة معهم في المستشفى.

أما الدراسات التي اهتمت بمرضى فشل الكلى وخاصة الذين يخضعون للعلاج بديال الدم فهي قلة. فقد قام سلطان (١٩٩٩) بدراسة مقطعية أجريت على المرضى المعالجين بديال الـدم والديال البريتوني في وحدة غسيل الكلى في مستشفى البشير خلال العام (١٩٩٨). وقـد هـدفت الدراسة إلى وصف الخصائص الاجتماعية والديمغرافية لهؤلاء المرضى، وتحديد الأسباب التـي أدت إلى إصابتهم بمرض فشل الكلى التام، وتناول طرق المعالجة المتوفرة في الوحدة. وشـملت الدراسة (٢٢٨) مريضا، منهم (٤،٥٤%) من الذكور، يقطن غالبيتهم مدينة عمـان وضـواحيها، ويستخدمون المواصلات العامة في تنقلهم من وإلى وحدة غسيل الكلى. وبينت الدراسة بأن معظم أفراد العينة عاطل عن العمل بسبب وضعهم الصحي. وعلى الرغم من كون معظمهم من غيـر المشمولين بالتأمين الصحي إلا أنهم يتلقون العلاج مجانا على نفقة الدولة.

أما فيما يتعلق بأسباب المرض، فقد بينت نتائج الدراسة ارتفاع نسبة المرضى الـذين لـم يعرف سبب إصابتهم بفشل الكلى التام. فقد كان سبب الإصابة بالمرض مجهولا لـدى (٤١,٧ %) من المرضى. في حين أن مرض السكري كان السبب الرئيسي للإصابة لدى (١٧,٥%) من أفراد العينة. وبلغت نسبة المرضى الذين توفوا خلال العام الذي تمت الدراسة فيه (٢٠ %) من مجموع المرضى. أما بالنسبة لطرق المعالجة فقد كان غالبية مرضى الدراسة يخضعون للعلاج بديال الـدم كما هو الحال في كثير من البلدان المجاورة والبلدان الأخرى. وقد أظهرت نتـائج الدراسـة بـأن متوسط أعمار المرضى المصابين بفشل الكلى التام في الأردن أقـل منـه فـي الـدول الغربيـة. وأوصت الدراسة بضرورة الاهتمام بالمرضى الذين يعانون من أمراض قد تؤدي إلـى إصـابتهم فشل الكلى التام، وخاصة مرضى السكري ومرضى ضغط الدم.

أما دراسة التميمي (٢٠٠٣) فقد أجريت على عينة قصدية مكونة من (٣٥) من الـذكور و(٢٥) من الإناث يعالجون عن طريق ديال الدم في كل من مستشفى الجامعة الأردنية، ومستشفى

البشير، ومستشفى الأردن الكائنة في مدينة عمان. وسعت الدراسة بشكل رئيسي إلى تقصي العلاقة بين درجة التكيف النفسي لدى المريض تجاه فشل الكلى المزمن ودرجة القلق ودرجة الاكتئاب التي يعاني منها. وخلصت النتائج إلى أن أفراد العينة يتكيفون بدرجة متوسطة مع المرض وأنهم يعانون من قلق عال، واكتئاب شديد. كما كشفت الدراسة عن وجود علاقة دالة إحصائيا بين القلق، والاكتئاب، والتكيف. فالضغط النفسي الذي يشكله المرض يزيد من القلق والاكتئاب وبالتالي يؤدي إلى سوء تكيف المريض تجاه وضعه المرضي. وأشارت النتائج أيضا إلى عدم وجود فروقات جوهرية في تكيف المرضى والقلق والاكتئاب تعود إلى النوع الاجتماعي للمريض. أما بالنسبة للعلاقة بين متغير العمر ودرجة القلق والتكيف، فقد أظهر أفراد العينة للفئة العمرية (٥٣-٨٣) سنة قلقا عاليا وسوء تكيف أكبر مقارنة بالفئة العمرية الأصغر (١٣-٤٣) سنة. أما بالنسبة للحالة الاجتماعية، فقد تبين أن هناك فروقات في التكيف بين المتزوجين، العزاب، والفئات الأخرى (المطلقين والأرامل) وذلك لصالح العزاب الذين كانوا أكثر تكيفا من الفئتين السابقتين. ومن حيث مستوى التعليم ، فلم تجد الدراسة فروقا ذات دلالة إحصائية ما بين متغير المستوى التعليمي من ناحية، والقلق والاكتئاب والتكيف من ناحية أخرى. أما بالنسبة لمتغير العمل فقد أظهرت النتائج أن الاكتئاب يظهر بنسبة أعلى لدى العاطلين عن العمل عن العاملين. وبالنسبة لأساليب التكيف، فقد أظهرت النتائج استخدام المرضى لثمان أساليب تكيفية وهي: النظرة الايجابية، والانخراط بالعمل، والدعم الاجتماعي، والنشاط، والتعرف إلى أشخاص جدد، وتوقع العطف والإشفاق، والتشاؤم، والانسحاب، ودعم الكادر الطبي. وقد تبين أن أكثرها استخداما هي توقع العطف والإشفاق وأقلها هي الانخراط في العمل.

وفي دراسة أخرى للتميمي (٢٠٠٦) بعنوان "فاعلية التدريب على استراتيجيات التكيف في خفض القلق والاكتئاب وتحسين مستوى التكيف النفسي لمرضى الفشل الكلوي المزمن"

اشتملت على (٢٠) مريضا يخضعون للعلاج عن طريق الـديال البريتـوني فـي المستـشفيات الحكومية في عمان والزرقاء والسلط، أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في كل من التكيف والقلق والاكتئاب بين المجموعة التجريبية والضابطة تعـزى إلـى البرنـامج التدريبي. حيث تحسن مستوى التكيف لدى المجموعـة التجريبيـة وانخفـض مـستوى القلـق والاكتئاب لديها بالمقارنة مع المجموعة الضابطة.

٣-٤ التعليق على الدراسات السابقة

تظهر مراجعة الدراسات الأجنبية الاهتمام المتزايد في الكشف عن أنـواع الـضغوطات المختلفة التي يواجهها مرضى فشل الكلى المزمن وأثرها على جوانب حيـاتهم المختلفـة. هـذا إضافة إلى التركيز على فردية الخبرة التي يعيشها المريض واختلاف الطـرق والوسـائل التـي يستخدمها المرضى للتكيف مع وضعهم المرضي.

أما الدراسات العربية المهتمة بمرضى فشل الكلى المزمن فتبقى في اغلبها محدودة، كمـا وتفتقر إلى النهج الشمولي في دراسة أثر المرض، والعلاج على حياة مريض فشل الكلى المزمن. كما ويقتصر معظمها على معالجة الجانب الطبي للمـرض فتبحـث فـي مـسبباته، أعراضـه، وتعقيداته. أما القليل المتوفر منها والتي تبحث في تكيف المريض مع المرض والعـلاج، فأنهـا نادرا ما تقوم على نهج شمولي في تحديد ودراسة الضغوطات الجسدية والنفـسية والاجتماعيـة المختلفة التي يتعرض لها المريض، فتركز جل اهتمامها علـى المظـاهر والأعـراض النفـسية للمرض .

٣-٥ إضافات الدراسة الحالية إلى الدراسات السابقة

لذا ستسعى هذه الدراسة إلى الإسهام في تعميق الفهم لأنواع الضغوطات الجسدية والنفسية والاجتماعية المختلفة وشدتها. كما وستبحث في العلاقة ما بين هذه الضغوطات وبعض الخصائص الديمغرافية للمرضى. وستسهم الدراسة أيضا في تحديد الأساليب التي يستخدمها المريض للتكيف مع المرض والعلاج. كل هذا في سبيل تمكين مقدمي الرعاية، وعلى وجه الخصوص الأخصائي الاجتماعي، من تقديم الدعم الفعال الذي يحتاجه المريض وتعظيم الفرص التي تتيح للمريض عيش حياة أفضل.

٣-٦ تساؤلات الدراسة

هدفت هذه الدراسة- بشكل رئيسي- إلى الإجابة على التساؤلات التالية:

١- ما هي أبرز الخصائص الديمغرافية، والاجتماعية، والاقتصادية لمرضى ديال الدم في الأردن ؟

٢- ما هي الضغوطات الجسدية، والنفسية، والاجتماعية الأكثر شيوعا لدى مرضى ديال الدم في الأردن؟

٣- هل هناك علاقة بين التفاوت في نوع وشدة الضغوطات الجسدية، النفسية، والاجتماعية التي يتعرض لها مريض ديال الدم وبعض المتغيرات مثل: العمر، النوع الاجتماعي، الحالة التعليمية، الوضع الاقتصادي وطول فترة العلاج؟

٤- ما هي أساليب التكيف الأكثر استخداما من قبل مرضى ديال الدم في الأردن؟

٥- هل تؤثر ثقافة المجتمع الأردني وتركيبته (قوة الرابط الأسري، طبيعة العلاقات الاجتماعية، العادات والتقاليد) على الضغوطات التي يواجهها المريض، وأساليب التكيف التي يستخدمها؟

٦- ما هي البرامج النفسية والاجتماعية (إن وجدت) والتي تقدم لمرضى ديال الدم وأسرهم كجـزء من الخطة العلاجية والتأهيلية لمواجهة المرض؟

٧- ما هو الدور الذي يضطلع به الأخصائي الاجتماعي الطبي في التعامل مع مرضى ديـال الـدم (وأسرهم) ودعمهم في مواجهة الضغوطات وآثار المرض؟

الفصل الرابع
منهجية الدراسة

٤-١ منهج الدراسة

هدفت هذه الدراسة الوصفية إلى التعرف إلى بعض الخصائص الديمغرافية، والاجتماعية، والاقتصادية لمرضى فشل الكلى المزمن الخاضعين للعلاج بديال الدم في الاردن. كما وسعت الى الكشف عن أبرز الضغوطات التي يتعرض لها هؤلاء المرضى، وتحديد أكثر أساليب التكيف الشائعة لديهم. ولتحقيق هذا الهدف تم تحديد هذه الدراسة في مدينة عمان. فقد تم اختيار كل من المستشفى التخصصي (قطاع خاص) ومستشفى البشير(قطاع عام) بطريقة قصدية حيث يستقبل المستشفيان العدد الأكبر من مرضى ديال الدم وذلك من بين المراجعين للمستشفيات الحكومية والخاصة التي تتوفر فيها وحدة غسيل للكلى في مدينة عمان. وقد اعتمدت الدراسة في إجراء ذلك على بيانات الكشف الإحصائي[17] لوحدات غسيل الكلى في مستشفيات القطاع الحكومي والخاص في المملكة وأعداد المرضى المراجعين حتى نهاية ٣١ كانون الأول (٢٠٠٧) والمتوفر لدى قسم شؤون مرضى الكلى في دائرة التأمين الصحي التابعة لوزارة الصحة في الاردن.

وتم استخدام منهج المسح الاجتماعي في جمع البيانات. فجرى مقابلة جميع المرضى المراجعين لوحدتي غسيل الكلى في كل من المستشفيين السابقيين وبطريقة فردية، حيث قامت الباحثة بمقابلة كل مبحوث كل على حدة.

---

[17] السيد معين أبو الشعر، قسم شؤون مرضى الكلى في دائرة التأمين الصحي، ٢٠٠٨، اتصال شخصي.

٤-٢ مجتمع الدراسة

تكون مجتمع الدراسة من جميع المرضى المراجعين لوحدتي غسيل الكلى في كـل مـن المستشفى التخصصي (قطاع خاص) ومستشفى البشير (قطاع عام) خلال الفترة الزمنية الواقعـة ما بين ٣/١٥-٦/٣٠ -٢٠٠٩ ومن الذين تجاوزت أعمارهم الثامنة عشرة عامـا فـأكبر عنـد اجراء المقابلة. وقد بلغ العدد الكلي لمجتمع الدراسة (١٦٢) مريضا ومريضة.

واستثنت الدراسة المرضى الأطفال وفقا للتعريف العالمي للطفل بأنه "كـل إنـسان لـم يتجاوز الثامنة عشرة من العمر". [18] والسبب في تحديد الفئة العمرية للمرضى المبحـوثين يعـود لأغراض الحصول على أكبر قدر من التجانس بين المبحوثين. كما وقد تبين أيضا مـن خـلال مراجعة الدراسات السابقة حول الضغوطات التي يواجهها مرضى فشل الكلى المـزمن وأسـاليب التكيف لديهم، اعتماد تلك الدراسات لمنهج الفصل بين فئتي الأطفال والبالغين. هذا يعـود إلـى اختلاف المظاهر العيادية المتعلقة بنمو وتطور الأطفال والتي تختلف عنها عند البالغين. اضـافة الى اختلاف المشاكل والصعوبات التي يواجهها الأطفال، وطرق التكيف لديهم عنها لدى المرضى البالغين.

وقد بلغ العدد الاجمالي لمرضى ديال الدم المراجعين لوحدة غسيل الكلى في المستـشفى التخصصي، ومن الذين تجاوزت أعمارهم الثامنة عشرة سنة، (٧٠) مريضا ومريضة. وقد تم- وبشكل فردي- مقابلة كافة المراجعين باستثناء (١٥) منهم حيث لم يتمكن (٩) مرضى من الإجابة بسبب وضعهم الصحي الحرج، بينما رفض (٢) من المرضى الإجابة على الاستمارة أو مقابلـة الباحثة. وخلال فترة إجراء المقابلات خضعت إحدى المريضات لزراعة الكلى وتوقفـت عـن

---

[18] اتفاقية حقوق الطفل (مادة رقم (١)، ١٩٨٩). دخلت حيز التنفيذ في نيويورك (أيلول،١٩٩٠). على موقع اليونيسف www.unicef.org/arabic/crc/34726_50765

مراجعة وحدة الغسيل. وخلال تلك الفترة الزمنية انتقل مريض إلى متابعة العلاج في مستـشفى آخر، وتوفي (٢) من المرضى المراجعين. ومن هنا فقد تم مقابلـة (٥٥) مبحوثـا فـي هـذا المستشفى. وبذلك تكون نسبة الارجاع لمراجعي مستشفى التخصصي هي (٧٩%).

أما فيما يتعلق بمستشفى البشير الحكومي فقد بلغ عدد مرضى ديال الدم المراجعين لوحدة غسيل الكلى وممن تجاوزت أعمارهم الثامنة عشرة سنة (٩٢) مريضا ومريضة. فتمت مقابلـة جميع المراجعين باستثناء (٢١) منهم، حيث لم تتمكن الباحثة من مقابلة (٥) مرضى لتواجـدهم في غرف العزل الصحي نتيجة إصابتهم بمرض التهاب الكبد الوبائي (B)، بينمـا لـم تـستطع الباحثة الحصول على استجابات (٥) آخرين وذلك لتقدمهم في العمر واصابتهم بأمراض ذهنيـة، واضطرابات في القدرة على التركيز. وقد رفض (٥) من المرضى مقابلة الباحثة أو الإجابة على الاستمارة. كما وكان (٣) من المرضى يعانون من إعاقات مختلفة أحداها عقلية واثنتين سـمعية نطقية تلازمت مع الأمية في هاتين الحالتين. وقد توفى مريض واحد أثناء فترة إجراء المقـابلات بينما انتقل مريضان إلى بلدان أخرى. ولذا فقد تمت مقابلة (٧١) مبحوثا فـي هـذا المستـشفى وبذلك تكون نسبة الارجاع (٧٦%).

وعموما فقد تم مقابلة ما مجموعه (١٢٦) مريضا ومريضة من بـين المـراجعين فـي المستشفيين والذين بلغ عددهم (١٦٢). وبذلك تكون نسبة الارجاع الكلي الذي تم مسحه لغايـات الدراسة وتحليله (٧٨%). أما عدد المرضى الذين رفضوا الإجابة على استمارة الدراسة -محض ارادتهم- فبلغ (٧) مرضى من أصل (١٦٢)، أي ما نسبته (٤,٠ %) من إجمالي عدد المرضى المراجعين لوحدتي الغسيل في كلا المستشفيين.

٤-٣ أدوات جمع البيانات

لقد تم تصميم أداة للدراسة تسهم في تحقيق الأهداف المرجوة من الدراسة.

١. استمارة الدراسة:

أ. إعداد وبناء استمارة الدراسة

اعتمد في إعداد الاستمارة على مراجعة الأدبيات والدراسات السابقة التي تناولت موضوع الضغوطات التي يواجهها مرضى ديال الدم وأساليب التكيف لديهم. إضافة إلى مراجعة مقـاييس عالمية، وأخرى أعدت من قبل باحثين محليين تم استخدامها في دراسات حول تحديد الضغوطات المتعلقة بالمرض و قياس التكيف لدى الفرد المريض.

وتكونت استمارة الدراسة من ثلاثة أقسام:

القسم الأول: اشتمل على مجموعة من الأسـئلة النوعيـة المتعلقـة بالخـصائص الديمغرافيـة، والاجتماعية، والاقتصادية للمبحوثين. فتضمن هذا الجزء أسئلة شخصية، وأسئلة حول المـرض، وأخرى متعلقة بالعلاج.

القسم الثاني: اشتمل على الضغوطات التي يتعرض لها مرضى ديال الدم. وتكـون هـذا القـسم خمسة مكونات للضغوطات، وهي: الضغوطات الجسدية، الضغوطات المتعلقة بالمعالجـة الطبيـة، الضغوطات المتعلقة بالأسرة، الضغوطات النفسية، وأخيرا الضغوطات المتعلقة بالتغير فـي نمـط الحياة. واشتمل كل من المكونات الخمس على أنواع الضغوطات المختلفـة التـي يتعـرض لهـا المريض ضمن عبارات يتم الإجابة عليها وفق نموذج ليكـرت (Likert-Type Format) علـى خمس درجات هي: يضايقني كثيرا، يضايقني إلى حد ما، لا ينطبق/محايـد، يـضايقني قلـيلا، لا يضايقني على الإطلاق. وبذلك تمكن المريض من تحديد نوع الضغط الذي يتعرض له وشدته.

وقد تم اختيار هذا التصنيف للضغوطات بعد مراجعة الدراسات السابقة حول العوامل الضاغطة المتنوعة التي يواجهها المرضى والمرتبطة بطبيعة المرض والعلاج. وقد تم اعتماد مقياس الضغوطات لدى مرضى ديال الدم[١٩] (Hemodialysis Stressor Scale) - الذي طوره بالدري وآخرون (Baldree et al., 1982)- كمرجع رئيسي في تطوير مكوني الضغوطات الجسدية والنفسية. أما مكونات الضغوطات الأخرى المتعلقة بالمعالجة الطبية، والضغوطات المتعلقة بالأسرة، وتلك المرتبطة بالتغير في نمط الحياة فقد تم تطويرها بناء على مراجعة الأدبيات حول الموضوع (Miller, 2000; Lancaster, 1979; Welch and Austin, 2001 ; Harwood et al., 2005)، اضافة الى الاعتماد على التغذية الراجعة من بعض مرضى ديال الدم من خلال الاتصال الشخصي بهم.

القسم الثالث: مقياس جالويك للتكيف (Jaloweic Coping Scale) الذي طورته آن جالويك عام (١٩٧٧) في محاولة لتحديد أنواع الأساليب التكيفية التي يستخدمها مرضى ديال الدم وقياس مدى فاعليتها بالنسبة لهم. ويتكون المقياس من جزأين يحدد الأول الأسلوب الذي يلجأ المريض إلى استخدامه لمواجهة الصعوبات، أما الثاني فيرصد تقدير المريض لمدى فاعلية الأسلوب المستخدم. ويقوم المقياس على نموذج لازروس وفولكمان في التكيف (Lazarus and Folkman) ويتوفر بنسختين: الأولى تتكون من ٤٠ فقرة، ونسخة ثانية معدلة (١٩٨٧) تتكون من ٦٠ فقرة. وفي هذه الدراسة تم استخدام المقياس بنسخته المعدلة، وذلك بعد مراجعة النسخة المعربة منه والتأكد من موافقتها وثقافة المبحوثين.

---

١٧ تمت مراجعة المقياس بنسخته المعربة والتي سبق واستخدمتها الباحثة الدكتورة موزة صويلح وهي أستاذة مشاركة في جامعة الشارقة في دولة الإمارات العربية المتحدة في دراسة غير منشورة حول والضغوطات التي يواجهها مرضى ديال الدم في دولة البحرين. اتصال شخصي، ٢٠٠٨.

ويصنف مقياس جالويك التكيف إجرائيا ضمن ثمانية أبواب أو مقـاييس فرعيـة هـي: التكيف بالمواجهة (Confrontive) ويشمل أساليب تتمثل بمقابلة الموقف الضاغط ومواجهته، على وجه مغاير للتكيف بالانسحاب والهروب (Evasive) والذي يشمل أسـاليب تهـدف إلـى تجنـب للمشكلة. أما التكيف بالتفاؤل (Optimistic) فهو يتمثل باتخاذ الفرد سلوكا ايجابيا في التعامل مـع المشكلة وذلك عكس التكيف بالتشاؤم (Fatalistic) الذي يغلب فيه على الفرد الـسلوك التـشاؤمي والسلبي. ويأتي التكيف العاطفي (Emotive) عن طريق إطلاق المشاعر والتعبير عنهـا. أمـا الأمور التي يقوم بها الفرد للتخفيف عن نفسه فتأتي ضمن الوسائل التلطيفية (Palliative). وقـد يلجأ الفرد إلى طلب العون والمساندة مـن أنظمـة الـدعم الاجتمـاعي (Supportant) المتمثلـة بالأخصائيين، الأسرة، الأصدقاء، الصلاة وغيرها. وأخيرا التكيف بالاعتماد علـى الـذات (Self-reliant) الذي يلجأ الفرد فيه إلى الاعتماد على ذاته أكثر من اعتماده على الآخرين.

ولأغراض الدراسة الحالية، استخدمت الباحثة الجزء الأول من المقياس لتحديـد أسـاليب التكيف التي يستخدمها مرضى ديال الدم. وقد تم تعديل المقياس ليتناسب والخلفية الثقافية للمبحوثين ووضعهم الصحي، والظروف المتعلقة بإجراء المقابلة أثناء جلسة العلاج. لذلك، وتجنبـا لإطالـة الاستمارة، تم اختيار ثلاث فقرات من كل من المقاييس الفرعية الثمانيـة ليـصبح بـذلك مجمـوع الفقرات المستخدمة في استبانه الدراسة (٢٤) فقرة.

ب. صدق الأداة وثباتها

وحرصا على صدق أداة الدراسة وتحقيقها للغرض المطلوب منهـا، فقـد تـم عـرض الاستمارة بعد صياغتها عدد من المختصين في مجالات علم الـنفس، علـم الاجتمـاع، العمـل الاجتماعي بهدف تقييمها وإبداء الملاحظات حول ما طرح فيها. وقد تم بالفعل الأخذ بالملاحظات

الواردة حيث تم إضافة بعض الأسئلة وحذف بعضها الآخر وتعديل أسئلة أخرى. وبعدها قامـت الباحثة بإجراء اختبار قبلي (Pre-test) على عشرة مرضى من خارج عينة الدراسة ومـن ثـم صممت الاستمارة في شكلها النهائي الذي استخدمت فيه.

وقد تم اختبـار الاتـساق الـداخلي لأداة الدراسـة باسـتخدام معامـل كرنبـاخ ألفـا (Cornobach's Alpha) والذي بلغت قيمته (٠,٧٢) وهي قيمة مقبولة لاتساق جيد بين فقرات الدراسة.

٢. المقابلة

شكلت المقابلة الشخصية والمعمقة مع مرضى ديال الدم -المراجعين لوحدتي غسيل الكلى في كل من مستشفى التخصصي ومستشفى البشير- طريقة رئيسة لجمع البيانات. حيث أجـرت الباحثة المقابلة الميدانية المباشرة مع جميع المرضى المبحوثين وذلك لضمان فهم صحيح للأسئلة، ودقة أكبر في الإجابة عليها. فتم الأخذ بعين الاعتبـار الفروقـات الفرديـة لـدى المبحـوثين، ومستويات التعليم المختلفة لديهم، والاختلاف في وضعهم الصحي، وقدرة كل منهم على الإجابة. واستطاعت الباحثة ومن خلال زياراتها المتكررة لوحدتي غسيل الكلى أن تبني الثقة بينها وبـين المرضى. وقد كانت تعرف على نفسها قبل إجراء المقابلة من خلال حديث ودي قـصير معهـم مؤكدة أن المعلومات التي سيدلون بها ستعامل بسرية كاملة ولإغراض البحث العلمي فقط. وقـد تم الحصول على الموافقة الشفهية من كل من المرضى المبحوثين قبل البـدء بـإجراء المقابلـة. وبناء على توجيهات وطلب المسؤولين في كلا المستشفيين عمل كل من الباحثة الاجتماعيـة فـي مستشفى البشير، ورئيس وحدة غسيل الكلى في المستشفى التخصصي، على متابعة الإجـراءات التي تقوم بها الباحثة للحصول على موافقة وقبول المريض. والجدير بالذكر أن الباحثـة كانـت تقوم بتبسيط العديد من الأسئلة والعبارات بحيث تناسب المبحوثين وتساعدهم على الإجابة عليهـا

بدقة ووضوح. وتجدر الإشارة إلى التعاون الكبير الذي وجدته الباحثة من غالبية المرضى في إجابتهم على جميع الأسئلة في استمارة الدراسة. بينما أظهر البعض تحفظا على الإجابة على السؤال المتعلق بدخل الأسرة في الجزء الأول من الاستمارة.

٣. الملاحظة الميدانية

أثناء جلسات العلاج بديال الدم وتواجد الباحثة مع المرضى في وحدة غسيل الكلى، سنحت الفرصة للباحثة التعرف على إجراءات عملية ديال الدم ، والحديث عن قرب إلى المريض، والاستماع إلى ذويهم من المرافقين في بعض الأحيان. كما قامت الباحثة برصد جميع الملاحظات التي وردت من قبل المرضى والتي لم تتطرق إليها الأسئلة في استبانه الدراسة.

٤. الوثائق والسجلات (مراجعة الملف الطبي للمريض)

وذلك بالتعاون مع الكادر الطبي المسؤول عن المرضى المراجعين لوحدة غسيل الكلى. وقد عمدت الباحثة إلى مراجعة الملف الطبي للمريض لمطابقة بعض البيانات المتعلقة بأسباب المرض، والتأكد من نوع التأمين الصحي الذي يغطي تكلفة العلاج. فقد أبدى بعض المرضى جهلا بسبب إصابتهم بمرض فشل الكلى المزمن. بينما تبين عدم دقة المعلومات التي يمتلكها آخرون حول نوع التأمين الصحي الذي يستفيدون منه.

٤-٤ المجال الزمني للدراسة

لقد تم إجراء المقابلات مع المبحوثين في الفترة الواقعة ما بين (٣/١٥-٦/٣٠/ ٢٠٠٩).
فتمت زيارة المستشفى التخصصي وإجراء المقابلات فيه في الفترة ما بين (٢٠٠٩/٣/١٥ - ٢٠٠٩/٥/١)، ومستشفى البشير في الفترة الواقعة ما بين (٢٠٠٩/٥/١٧-٢٠٠٩/٦/٣٠).

والسبب في طول الفترة الزمنية هو إجراء الباحثة ذاتها للمقابلات مع المرضى جميعهم وعلى فترات طويلة ومتقطعة بسبب تداعيات الأوضاع الصحية والنفسية للمرضى المبحوثين.

٤-٥ محددات الدراسة

اقتصرت الدراسة الحالية على تناول أوضاع مرضى فشل الكلى المزمن المعالجين بديال الدم فقط والمراجعين لمستشفى التخصصي والبشير في مدينة عمان. الأمر الذي يضع حدودا على تعميم نتائج الدراسة على المرضى المعالجين بالديال البريتوني، وعلى مرضى ديال الدم المراجعين للمستشفيات الأخرى في مدينة عمان بما فيها الحكومية، والخاصة، والجامعية، والمستشفيات التابعة للخدمات الطبية الملكية. لذا يقتصر تعميم نتائج الدراسة على المستشفيين مجال الدراسة وخلال الفترة الزمنية المحددة التي أجريت فيها.

٤-٦ صعوبات الدراسة

وقد وجدت الباحثة تحديا في إجراء المقابلات مع المرضى خلال خضوعهم لجلسة العلاج بديال الدم، حيث واجهت العديد من المعيقات أبرزها الأوضاع الصحية والنفسية للمرضى، فمنهم من كان يعاني من أعراض المرض وتعقيدات العلاج وخاصة الإعياء والتعب الشديدين أثناء جلسة ديال الدم أو بعدها مباشرة. كما لم تستطع الباحثة مقابلة بعضهم الآخر بسبب تواجده في غرف العزل الصحي، أو بسبب تراجع قدراته الذهنية، وعدم قدرته على التركيز.

٤-٧ التعريفات الإجرائية لمفاهيم لدراسة

تم تعريف مفاهيم الدراسة إجرائيا بما يخدم أهداف الدراسة الحالية وإجراءاتها وذلك من خلال الاستعانة بتعاريف سابقة:

أ. **المرض المزمن (Chronic Disease)**: هو المرض الذي يتطور ببطء، وتطول مدته، ولا يمكن الشفاء منه، إنما يمكن السيطرة على أعراضه عن طريق الحمية الغذائية والأدوية (WHO, 2009).

ب. **فشل الكلى المزمن (Chronic Kidney Failure)**: تلك المرحلة من مرض الكلى المزمن التي يهبط فيها معدل تنقية الكلى للدم إلى ما دون ١٥مل/دقيقة، وتتوقف الكلى عن أداء وظائفها مما يستدعي إخضاع المريض إلى المعالجة بإحدى الوسائل التعويضية للكلية الكلية (Kidney Disease Outcomes Quality Initiative, 2002). ولغايات هذه الدراسة تم اختيار المرضى المراجعين لوحدتي غسيل الكلى في مستشفى التخصصي ومستشفى البشير والذين تم تشخيصهم من قبل الأطباء كمرضى مصابين بفشل الكلى المزمن ويخضعون للعلاج بديال الدم.

ج. **ديال الدم (Hemodialysis)**: "أحدى الطرق الإكلينيكية التعويضية المستخدمة لعلاج مرضى فشل الكلى المزمن والتي تقوم على مبدأ عمل الكلية في تطهير الجسم من مخلفات التحول الغذائي التي تحدث في الجسم وكذلك السموم عندما تفقد الكلية وظائفها" (الفيتوري، ١٩٩٨، ص ٦٦).

هـ. **الضغوطات (Stressors)**: "المتطلبات البيئية الداخلية أو الخارجية التي تفوق موارد الفرد على الفرد وتحدث اضطرابا في تجانسه (Hemeostatis)، وتهدد صالحه ، وتؤدي إلى خلق حالة من عدم التوازن لديه. ويعتمد إعادة الاتزان المفقود على تفعيل الفرد لوسائل واستجابات

عادة ما تكون غير جاهزة لديه" (Antonovsky, 1982, P72). وتتعلق الضغوطات الداخليـة بالتكوين البيولوجي للفرد. وتنشأ هذه بشكل رئيسي عن اضطرابات في نظام الأنـسجة (Tissue Systems) في جسم الإنسان وتعرف بالضغوطات جسدية (Physiological Stressors). أما الضغوطات الخارجية فتنشأ عن العلاقات الاجتماعية والبينشخصية (Interpersonal) وتفاعـل الفرد الاجتماعي مع الآخرين. وتتسبب هذه فيما يعـرف بالـضغوطات الاجتماعيـة (Social Stressors) المتعلقة بالأدوار التي يقوم بها الفرد والتوقعات التي تكتنف حياة الفـرد وتمـارس ضغوطا عليه (Ibid, P80).

و. **التكيف (Coping)**: "عملية التغيير المستمر للجهود المعرفيـة والـسلوكية لإدارة الظـروف والمتطلبات الداخلية أو الخارجية، أو كليهما، والتي يقيمها الفرد كظروف ضاغطة تفوق مـوارده" (Lazarus and Folkman, 1984, P. 141).

ز. **أساليب التكيف (Coping Methods):** "مجموعة الوسائل التـي يـستخدمها الفـرد لإدارة الضغوطات التي يتعـرض لهـا" (Lazarus and Folkman, 1984, P. 141). واعتمـدت الدراسة تصنيف لازروس وفولكمان لأساليب التكيف وفق ما يعرفـه النمـوذج التسلـسلي فـي الضغط، التقييم والتكيف.

ح. **أساليب التكيف المتمركز حول المشكلة** (Probelm-Focused): ومجموعة الأساليب التـي يتجه الفرد من خلالها إلى مواجهة حقيقة الأزمة التي يعيشها، فيسعى إلى إحـداث تغييـر فـي العلاقة المضطربة بينه والبيئة (Person–Environment) إما عن طريق إحداث تغييـر فـي ذاته، أو في البيئة، من خلال الفعل المباشر(Lazarus, 1993, P. 238).

ط. **أساليب التكيف المتمركز حـول العاطفـة** (Emotion-Focused): مجموعـة الوسـائل والأساليب التي تركز على تغيير الحالة الانفعالية الداخلية، والمشاعر الناجمة عن الأزمة. فيعمل الفرد من خلال هذه الوسائل على تغيير الطريقة التي يواجه بها العلاقة الضاغطة مع البيئـة، أو العمل على تغيير معنى هذه العلاقة للتخفيف من وطأة الضغط الناجم عنها، ولكن دون إحداث أي تغيير فعلي في حقيقة هذه العلاقة (Ibid, P. 238).

٤-٨ التحليل الإحصائي

لقد تم معالجة البيانات إحصائيا من خلال الرزمـة الإحـصائية للعلـوم الاجتماعيـة (SPSS)، حيث استخدم كل من الإحصاء الوصفي والتحليلي. وقد تـم اسـتخدام الإحـصاء الوصفي لعرض خصائص المبحوثين ووصف استجاباتهم من خلال استخدام التكرارات والنسب المئوية، والوسط الحسابي كأبرز مقاييس النزعة المركزية لقياس متوسط استجابات المبحـوثين على أسئلة وفقرات الاستمارة، والانحراف المعياري كأحد مقاييس التشتت لقياس الانحراف في الاستجابات عن وسطها الحسابي.

واستخدم اختبار (Independent t-test) لاختبار الفروق بـين متوسـطات اسـتجابات المبحوثين في المتغيرات ذات البعدين (مثل متغير النوع: ذكر، أنثى). كما استخدم تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) لاختبار الفروق الإحصائية بين متوسطات الاستجابات حسب خصائص المتغيرات ذات أكثر من متغيرين (مثل متغير العمر). وتم اعتماد (٠,٠٥) كحد أعلـى لمستوى الدلالة (ألفا).

الفصل الخامس
نتائج الدراسة

٥-١ خصائص المبحوثين من مرضى ديال الدم

تمحور أحد أهداف هذه الدراسة الوصفية في التعرف إلى بعض الخصائص الديمغرافية، والاجتماعية، والاقتصادية لمرضى فشل الكلى المزمن الذين يخضعون للعلاج عن طريق ديال الدم وشملت هذه: النوع، العمر، الحالة الزواجية، الحالة التعليمية، عدد أفراد الأسرة، الإقامة، طبيعة العمل متوسط دخل الأسرة. وتظهر الجداول التالية عرضا لما توصلت إليه هذه الدراسة من نتائج من خلال التكرارات، والنسب، يليه تحليل لهذه النتائج.

٥-١-١ الخصائص الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية

أظهرت بيانات الجدول رقم (٣) أن (٥٥,٦%) من المبحوثين من الإناث، فيما شكلت نسبة الذكور (٤٤,٤%). وكانت نسبة المتزوجين (٦٥,١%)، والعزاب (١٨,٣%)، في حين بلغت نسبة المطلقين (٢,٤%)، والأرامل (١٤,٣%). وقد تبين أن (١٠,٣%) من المبحوثين هم من الأميين، وأن غالبية المرضى (٤١,٣%) هم من ذوي التعليم الأساسي. بينما كانت نسبة حملة الثانوية (٢٦,٢%)، ودبلوم كليات المجتمع (٧,١%)، في حين (١٥,١%) من المبحوثين كان من حملة الشهادة الجامعية.

وبينت نتائج الدراسة حول سكن المبحوثين، قوة الترابط والتكافل الأسري الكبير الذي مازال يميز المجتمع الاردني. حيث تلعب الأسرة الدور الأكبر مقارنة بمؤسسات الدولة، ومؤسسات المجتمع المدني، في مجال رعاية المرضى والمسنين. فيلاحظ من البيانات تدني نسب

المرضى الذين يسكنون وحدهم (٤,٨%) أو مع آخرين من غير أفـراد الأسـرة (٥,٦%). أمـا غالبية المرضى فيسكنون مع الزوج/ـه والأبناء (٤٢,١%)، أو الزوج/الزوجـة(١٥،٩ %)، أو أحد الأبناء (١٩%). بينما يسكن (٩,٥%) مع الأب والأم، و (٢,٤%) مع الأخوة.

جدول رقم (٣)

التوزيع والتوزيع النسبي للخصائص الديمغرافية والاجتماعية للمبحوثين

النوع	**التكرار**	**النسبة %**	**العمر/ بالسنوات الكاملة**	**التكرار**	**النسبة %**
ذكر	٧٠	٥٥,٦	أقل من ٣٠	١٥	١١,٩
أنثى	٥٦	٤٤,٤	٣٠-٣٩	١٧	١٣,٥
المجموع	**١٢٦**	**١٠٠**	٤٠-٤٩	٢٢	١٧,٥
الحالة الزواجية	**التكرار**	**النسبة %**	٥٠-٥٩	٢٠	١٥,٩
أعزب	٢٣	١٨,٣	٦٠ سنة فأكبر	٥٢	٤١,٣
متزوج	٨٢	٦٥,١	**المجموع**	**١٢٦**	**١٠٠**
مطلق	٣	٢,٤	**تسكن/ين مع**	**التكرار**	**النسبة %**
أرمل	١٨	١٤,٣	الزوج/ـة	٢٠	١٥,٩
المجموع	**١٢٦**	**١٠٠**	الزوج/ـة والأبناء	٥٣	٤٢,١
الحالة التعليمية	**التكرار**	**النسبة %**	أحد الأبناء	٢٤	١٩,٠
أمي	١٣	١٠,٣	الأب والأم	١٢	٩,٥
أساسي	٥٢	٤١,٣	الأخوة	٣	٢,٤
ثانوي	٣٣	٢٦,٢	أحد الأقارب	١	٠,٨
كلية مجتمع	٩	٧,١	لوحدك	٦	٤,٨
جامعي	١٩	١٥,١	أخرى	٧	٥,٦
المجموع	**١٢٦**	**١٠٠**	**المجموع**	**١٢٦**	**١٠٠**
عدد أفرد الأسرة	**التكرار**	**النسبة %**	**عدد الأبناء المتزوجين**	**التكرار**	**النسبة %**
٤ أفراد فأقل	٢٩	٢٣,٠	٣ فأقل	٢٠	٣١,٣
٥-٨ أفراد	٥٥	٤٣,٧	٤-٦	٢٨	٤٣,٧
٩ أفراد فأكثر	٤٢	٣٣,٣	٧ فأكثر	١٦	٢٥,٠
المجموع	**١٢٦**	**١٠٠**	**المجموع**	**٦٤**	**١٠٠**

أما فيما يتعلق بأعمار المبحوثين، فقد تبين أن معظم المرضى (٤١،٣%) هم من فئة كبار السن (٦٠) عاما فأكبر. وهذا يتفق مع الاتجاه العام لانتشار مرضى فشل الكلى المـزمن اقليميـا ودوليا. حيث تؤكد الدراسات أن كبار السن هي الفئة الأكثر عرضة لخطر الإصابة بمرض فـشل الكلى المزمن. يليها الأشخاص من الفئة العمرية (٤٠-٤٩) سنة (١٧,٥%)، و الفئـة العمريـة

(٥٠-٥٩) سنة (١٥,٩%) . بينما تراوحت أعمار (١٣,٥%) من المرضـى المبحـوثين بـين (٣٠-٣٩) سنة، و قلت أعمار (١١,٩%) عن (٣٠) سنة.

جدول رقم (٤)

التوزيع والتوزيع النسبي للخصائص الاقتصادية للمبحوثين

عمل المبحوثين	التكرار	النسبة %
يعملون	٢٠	١٥,٩
لا يعملون	١٠٦	٨٤,١
المجموع	**١٢٦**	**١٠٠**
العمل الرئيسي الحالي	**التكرار**	**النسبة %**
قطاع عام	٤	٢٠,٠
قطاع خاص	١٦	٨٠,٠
المجموع	**٢٠**	**١٠٠**
متوسط الدخل الشهري للأسرة	**التكرار**	**النسبة %**
أقل من٢٠٠ دينار أردني	٢٩	٢٣,٠
٢٠٠-٢٩٩	٣٩	٣١,٠
٣٠٠-٣٩٩	٢٠	١٥,٩
٤٠٠-٤٩٩	٧	٥,٦
٥٠٠ دينار فأكثر	٣١	٢٤,٥
المجموع	**١٢٦**	**١٠٠**

تعمل/ين	التكرار	النسبة %
بدوام كامل	٩	٤٥,٠
بدوام جزئي	١١	٥٥,٠
المجموع	**٢٠**	**١٠٠**
سبب عدم العمل	**التكرار**	**النسبة %**
طالب	٣	٢,٨
ربة بيت	٣٦	٣٤,٠
متقاعد	١٨	١٧,٠
عاجز	٤٩	٤٦,٢
المجموع	**١٠٦**	**١٠٠**

وفيما يتعلق بعمل المبحوثين تشير بيانات الجدول رقم (٤) أن (٨٤,١%) من المبحـوثين لا يعملون منهم (١٤,٣%) من المتقاعدين. ويعود تدني نسبة المرضـى العـاملين (١٥,٩%) لأسباب عدة أهمها ارتفاع نسبة المرضى من الفئة العمرية (٦٠) سنة فأكبر في عينة الدراسة، أي من هم في طبيعة الحال في سن التقاعد. ولكن هذا التفسير لا ينفي حقيقة بقاء نـسبة المرضـى ممن هم في سن العمل ولكن المنقطعين عن العمل مرتفعة. ويعود هذا إلى أسباب عـدة أهمهـا العوامل الصحية المرتبطة بطبيعة مرض فشل الكلى المزمن، ومتطلبات العلاج. حيث تشكل هذه معيقا رئيسا لانخراط المرضى في سوق العمل، وخاصة الشباب منهم. حيـث يتـسبب المـرض وأعراضه بشعورهم بالعجز ويحتاج غالبيتهم إلى تأهيل ليتسنى له العودة إلى سوق العمل. وفـي أحيان كثيرة أخرى يكمن العائق في تجاوب أصحاب العمل، فتلقى رغبة المريض القـادر علـى

العطاء ومواصلة عمله رفضا من صاحب العمل، وعدم قبول بمنحه فرصة استكمال العلاج خلال ساعات عمله، مما يشكل عاملا طاردا لإعادة دمج المريض في سوق العمل. هذا يساهم في رفـع العبىء الاقتصادي الملقى على كاهل أسرة المريض وعلى الدولة أيضا.

أما بالنسبة للمرضى العاملين فقد أوضحت البيانات أيضا أن (٨٠%) منهم يخدمون فـي القطاع الخاص، وهذا ينسجم مع مؤشرات دائرة الإحصاءات العامة في الأردن (٢٠٠٩) والتـي تؤكد أن القطاع الخاص يساهم بالنسبة الأكبر في التشغيل.[٢٠] كما وتشير النتائج إلى تقارب نسبة العاملين بدوام كامل (٤٥%) مع أولئك الذين يعملون بدوام جزئي(٥٥%).

أما عن الدخول الشهرية لأسر المبحوثين، فقد تبين أن (٢٣%) تقل دخول أسـرهم عـن (٢٠٠) دينار أردني، وأن (٣١%) من المرضى تتراوح دخول أسرهم بين (٢٠٠-٢٩٩) دينار، بينما تتراوح دخول أسر(١٥,٩%) منهم بين (٣٠٠-٣٩٩) دينار، وأن (٥,٦%) تتراوح دخـول أسرهم بين (٤٠٠-٤٩٩) دينار، في حين (٢٤,٥%) تبلغ دخول أسرهم (٥٠٠) دينـارا فـأكثر. فيظهر أن غالبية المرضى المبحوثين يقل متوسط دخل أسرهم عن (٥٠٠) دينار وبالتـالي فهـم فيشكلون جزءا من ما نسبته (١٤,٢%) من سكان القابعين دون خط الفقر في الأردن (UNDP, 2009).[٢١]

٥-١-٢ الخصائص المرضية والعلاجية

تظهر بيانات الجدول رقم (٥) بعض الخصائص المرضية والعلاجية لمرضى ديال الـدم والتي تشمل مسببات الإصابة بفشل الكلى المزمن، ومدة تلقي العـلاج بـديال الـدم، وعـدد

[20] دائرة الإحصاءات العامة في المملكة الأردنية الهاشمية (شباط، ٢٠٠٩). **التقرير التحليلي للنتائج السنوية لمسح العمالة والبطالة ٢٠٠٨**. على شبكة الانترنت http://www.dos.gov.jo

[21] وفق تقرير صندوق الأمم المتحدة للتنمية (UNDP) إن معدل السكان القابعين تحت خط الفقر في الأردن خلال الأعوام ٢٠٠٠-٢٠٠٦

الجلسات التي يخضع لها المريض أسبوعيا والمعدل الزمني لها. كما وتحدد مصادر الإنفـاق لتغطية تكلفة العلاج بديال الدم، وتكشف عن مساهمة الحكومة في تغطية هذه النفقات.

جدول رقم (٥)

التوزيع والتوزيع النسبي للخصائص المرضية والعلاجية للمبحوثين

مدة تلقي العلاج بالغسيل	التكرار	النسبة %
أقل من سنة	٩	٧,١
١- أقل من ٣ سنة	٣٥	٢٧,٨
٣ سنوات فأكثر	٨٢	٦٥,١
المجموع	**١٢٦**	**١٠٠**
مرات الغسيل/ أسبوعيا	**التكرار**	**النسبة %**
مرتان فأقل أسبوعيا	١٤	٩,١
ثلاث مرات أسبوعيا	١١٢	٨٨,٩
المجموع	**١٢٦**	**١٠٠**
معدل جلسة الغسيل	**التكرار**	**النسبة %**
٣ ساعات	٩	٧,١
٣,٥ ساعة	٦٧	٥٣,٢
٤ ساعات	٥٠	٣٩,٧
المجموع	**١٢٦**	**١٠٠**
تغطية التأمين للتكلفة	**التكرار**	**النسبة %**
بشكل كامل	١١٧	٩٢,٩
بشكل جزئي	٩	٧,١
المجموع	**١٢٦**	**١٠٠**

سبب فشل الكلى *	التكرار	النسبة %
السكري	٣١	١٩,٥
أمراض القلب	٧	٤,٤
التهاب كبيبات الكليتين المزمن	٩	٥,٧
ارتفاع ضغط الدم	٧٠	٤٤,٠
أمراض تكيس الكليتين	١٠	٦,٣
أخرى	٣٢	٢٠,١
مجموع الاستجابات	**١٥٩**	**١٠٠**
تغطية نفقات الغسيل	**التكرار**	**النسبة %**
صندوق مرضى الكلى	٧٢	٥٧,١
التأمين الصحي المدني	٣٢	٢٥,٤
تأمين خاص	٣	٢,٤
الديوان الملكي	٦	٤,٨
تأمين بطاقة غير القادرين	١٣	١٠,٣
المجموع	١٢٦	١٠٠
يغطي التأمين الجزئي (%)	**التكرار**	**النسبة %**
٧٥ من نفقات العلاج	٥	٥٥,٦
٩٥ من نفقات العلاج	٤	٤٤,٤
المجموع	**٩**	**١٠٠**

* أكثر من إجابة

فيتبين من معاينة الجدول أن (٧,١%) من المبحوثين بدءوا بتلقي العلاج بالغـسيل[٢٢] عـن طريق الكلية الصناعية منذ أقل من سنة، وأن (٢٧,٨%) يتلقون العلاج منذ فترة تتراوح ما بـين سنة إلى أقل من ثلاث سنوات، في حين أن غالبية المرضى (٦٥,١%) يتلقون العلاج منذ ثلاث سنوات فأكثر. أما عن مرات الغسيل أسبوعيا، فقد تبين أن الغالبيـة العظمـى مـن المرضـى (٨٨,٩%) يخضعون لغسيل الكلية ثلاث مرات أسبوعيا، وأن معدل جلسة الغسيل لحوالي نصفهم (٥٣,٢%) هي (٣,٥) ساعة، في حين (٣٩,٧%) يبلغ معدل الجلسة لديهم (٤) سـاعات، وفقـط

[22] تجدر الإشارة إلى استخدام الباحثة مصطلح الغسيل بالكلية الصناعية عوضا عن ديال الدم في استمارة الدراسة وذلك لضمان وضوح الأسئلة وفهمها من قبل المبحوثين حيث أن المصطلح "ديال الدم" غير شائع الاستخدام في الوسط الطبي أو لدى المرضى

(٧,١%) تستغرق جلسة الغسيل لديهم (٣) ساعات. وتبقى هذه المعدلات الزمنية لجلسة الغسيل ضمن المعدلات الدولية، ولكنها تختلف أيضا بين المرضى تبعا للحالة المرضية، والوضع الصحي للمريض. وإذا ما توفرت الشروط اللازمة في جلسة الغسيل ساهم زيادة ساعات الجلسة في تنقية أكبر لدم المريض، وتخلصه من قدر أكبر من السموم. ولكن هذا يعتمد وبشكل كبير على فاعلية آلة ديال الدم التي يوصل بها المريض وقيامها بالمهمة المطلوبة، والتزام المريض بالحمية الغذائية.

وعن الأسباب المؤدية لإصابة المبحوثين بمرض فشل الكلى المزمن، كان السكري سببا في (١٩,٥%) من الاستجابات وقد تزامن في كثير من الأحيان مع ارتفاع ضغط الدم أو أمراض أخرى. بينما شكل ارتفاع ضغط الدم سببا في (٤٤%) منها مع العلم أنه ترافق والسكري وأمراض القلب في كثير من الاستجابات. وشكلت أمراض القلب سببا في استجابات (٤,٤%). أما (٥,٧%) من الأسباب فتعود إلى الإصابة بالتهاب حبيبات الكليتين المزمن و (٦,٣%) تعود لأمراض تكيس الكليتين، في حين أن (٢٠,١%) تعود لأسباب أخرى متفرقة منها: حصى الكلية، ضمور الكلى، تسمم الحمل، الحمى الذئابية (SLE)، الارتداد في البول والتهابات المسالك البولية، التهاب اللوزتين، السمنة المفرطة والأخطاء الطبية.

ومما سبق يتضح أن أسباب إصابة المبحوثين بمرض فشل الكلى المزمن جاءت مرتبة تنازليا حسب أهميتها على النحو التالي: ارتفاع ضغط الدم، السكري، أمراض تكيس الكليتين، التهاب حبيبات الكليتين المزمن، وأمراض القلب.

وفيما يتعلق بتغطية نفقات العلاج بديال الدم، فقد تبين أن لا أحد من المبحوثين يقوم بتغطية علاجه على نفقته الخاصة. فتظهر البيانات أن أكثر من نصف المرضى المبحوثين (٥٧,١%) يتم تغطية نفقات علاجهم عن طريق صندوق مرضى الكلى التابع لوزارة الصحة،

وأن (٢٥,٤%) عن طريق التأمين الصحي المدني، بينما يغطي التأمين الخاص (٢,٤%) مـنهم، ويساهم الديوان الملكي في تغطية نفقات علاج ما نسبته (٤,٨%) من المبحوثين، في حين يغطـي تأمين حملة بطاقة غير القادرين تحت مظلة وزارة التنمية الاجتماعية نفقـات عـلاج (١٠,٣%). هذا ويتم تغطية نفقات علاج الغسيل لـ (٩٢,٩%) بشكل كامل عن طريق فئات التأمين المختلفة. بينما يغطي التأمين بشكل جزئي علاج (٧,١%) فقط من المرضى، حيث يساهم هؤلاء في تغطية المتبقي من تكاليف العلاج ولكن بنسبة ضئيلة لا تتجاوز (٢٥%) من التكلفة الإجمالية. هذا يشير إلى أن الدولة في الأردن تشكل المصدر الأول لتغطية تكاليف جلسات العلاج بديال الـدم، حيـث تتراوح تكلفة الجلسة الواحدة (٦٠-٨٠ دينار). مما يؤكد ارتفاع العبء الاقتصادي المترتب على كاهل القطاع الصحي في الأردن وخاصة في ضوء الموارد المحدودة المتاحة.

٥-٢ الضغوطات التي يتعرض لها مرضى ديال الدم

يصاحب الإصابة بمرض فشل الكلى المزمن، وطبيعة العلاج المترتبة عليـه، مواجهـة المريض لمشكلات وضغوطات داخلية وخارجية عدة تترك أثرا على حياة المريض وتزيـد مـن تعقيد المرض. وقد يواجه المريض بعض من هذه الضغوطات أو جميعها. لـذا سـعت هـذه الدراسة إلى تحديد أبرز هذه الضغوطات التي يواجهها المرضى المبحوثين، وقياس مدى تأثيرهـا على وضعهم الصحي، ونوعية حياتهم.

٥-٢-١ الضغوطات الجسدية

يتضح من البيانات في الجدول رقم (٦) أن (٣٤,١%) من المبحوثين يتضايقون كثيرا من الشعور بالإعياء والتعـــب، ويتضايق إلى حد ما (٣٦,٥%)، ولا ينطبـق/محايـد (١٢,٧%)، ويتضايق قليلا (١١,١%)، ولا يتضايقون على الإطلاق ما نسبته (٥,٦%). وقـد بلـغ الوسـط

الحسابي للاستجابات (٣,٨٣)، بانحراف معياري مقداره (١,١٨). وفيما يتعلـق بـألم وتقلـص العضلات، فيتضايق كثيرا (٤٠,٥%)، ويتضايق إلى حـد مـا (٢١,٤%)، ولا ينطبـق/محايـد (٢٥,٤%)، ويتضايق قليلا (١٠,٣%)، ولا يتضايقون على الإطلاق ما نسبته (٢,٤%). وقد بلـغ الوسط الحسابي للاستجابات (٣,٨٧)، بانحراف معياري مقداره (١,١٣). أمـا عـن الحكـة، فيتضايق كثيرا (٣٨,٩%)، ويتضايق إلى حد مـا(١٤,٣%)، ولا ينطبـق/محايـد (٣١,٧%)، ويتضايق قليلا (١٢,٧%)، ولا يتضايقون على الإطلاق ما نسبته (٢,٤%). وقـد بلـغ الوسـط الحسابي للاستجابات (٣,٧٥)، بانحراف معياري مقداره (١,١٧). وعـن تـصلب المفاصـل، فيتضايق كثيرا (٣٤,١%)، ويتضايق إلى حد مـا (١٧,٥%)، ولا ينطبـق/محايـد (٤١,٣%)، ويتضايق قليلا(٥,٦%)، ولا يتضايقون على الإطلاق ما نـسبته (١,٦%). وقـد بلـغ الوسـط الحسابي للاستجابات (٣,٧٧)، بانحراف معياري مقداره (١,٠٤).

جدول رقم (٦)

التوزيعات النسبية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للاستجابات على الفقرات المتعلقة بمكون الضغوطات الجسدية

الرقم	فقرات مكون الضغوطات الجسدية	يضايقني كثيرا %	يضايقني الى حد ما%	لا ينطبق/ محايد%	يضايقني قليلا %	لا يضايقني على الإطلاق %	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري
١	الشعور بالإعياء والتعـب	٣٤,١	٣٦,٥	١٢,٧	١١,١	٥,٦	٣,٨٣	١,١٨
٢	ألم وتقلص العضلات	٤٠,٥	٢١,٤	٢٥,٤	١٠,٣	٢,٤	٣,٨٧	١,١٣
٣	الحكـة	٣٨,٩	١٤,٣	٣١,٧	١٢,٧	٢,٤	٣,٧٥	١,١٧
٤	تصلب المفاصل	٣٤,١	١٧,٥	٤١,٣	٥,٦	١,٦	٣,٧٧	١,٠٤
جميع الفقرات المتعلقة بمكون الضغوطات الجسدية		٣٦,٩	٢٢,٤	٢٧,٨	٩,٩	٣,٠	٣,٨٠	٠,٨٢

كما دلت البيانات على أن (٣٤,١%) من المبحوثين يتضايقون كثيرا من الشعور بالإعياء والتعـــب، ويتضايق إلى حد ما (٣٦,٥%)، ولا ينطبق/محايــد (١٢,٧%)، ويتــضايق قلــيلا (١١,١%)، ولا يتضايقون على الإطلاق ما نسبته (٥,٦%). وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات (٣,٨٣)، بانحراف معياري مقداره (١,١٨). وفيما يتعلق بألم وتقلص العضلات، فيتضايق كثيرا (٤٠,٥%)، ويتضايق إلــى حــد مــا (٢١,٤%)، ولا ينطبــق/محايــد (٢٥,٤%)، ويتــضايق قليلا(١٠,٣%)، ولا يتضايقون على الإطلاق ما نسبته (٢,٤%). وقــد بلــغ الوســط الحــسابي للاستجابات (٣,٨٧، بانحراف معياري مقداره(١,١٣). أمــا عــن الحكــة، فيتــضايق كثيــرا (٣٨,٩%)، ويتضايق إلى حد ما(١٤,٣%)، ولا ينطبــق/محايــد (٣١,٧%)، ويتــضايق قلــيلا (١٢,٧%)، ولا يتضايقون على الإطلاق ما نسبته (٢,٤%). وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات (٣,٧٥)، بانحراف معياري مقداره (١,١٧). وعن تصلب المفاصل، فيتضايق كثيرا (٣٤,١%)، ويتضايق إلى حد ما (١٧,٥%)، ولا ينطبق/محايــد (٤١,٣%)، ويتــضايق قلــيلا(٥,٦%)، ولا يتضايقون على الإطلاق ما نسبته (١,٦%). وقد بلغ الوســط الحــسابي للاســتجابات (٣,٧٧)، بانحراف معياري مقداره (١,٠٤).

ومما سبق يتضح أن الضغوطات الجسدية جاءت مرتبة تنازليا حسب أهميتها من الأعلى إلى الأدنى على النحو التالي: ألم وتقلص العضلات، الشعور بالإعيــاء و بالتعـــــب، تــصلب المفاصل، والحكة.

وعند استثناء استجابات المبحوثين التي لا تنطبق/ محايد، فإن الضغوطات الجسدية التي يعاني منها مرضى غسيل الكلى جاءت مرتبة تنازليا من الأعلى إلى الأدنى على النحو التالي:

- الشعور بالإعياء و بالتعـــب (٧٠,٦%) يتضايقون كثيرا ويتضايقون إلى حد ما.
- ألم وتقلص العضلات (٦١,٩%) يتضايقون كثيرا ويتضايقون إلى حد ما.

- تصلب المفاصل (٥٩,٣%) يتضايقون كثيرا ويتضايقون إلى حد ما.

- الحـكـ ـ ـة (٥٣,٢%) يتضايقون كثيرا ويتضايقون إلى حد ما.

جدول رقم (٧)

نتائج اختبار (Independent-Samples t-test) لمكون الضغوطات الجسدية

النوع	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t	مستوى الدلالة
ذكر	٣,٦٦	٠,٩١	٢,١٧	٠,٠٣
أنثى	٣,٩٨	٠,٦٥		
العمـل	**الوسط الحسابي**	**الانحراف المعياري**	**قيمة t**	**مستوى الدلالة**
يعملون	٣,٣٨	٠,٧٥	٢,٦٢	٠,٠١
لا يعملون	٣,٨٨	٠,٨١		

يظهر من الجدول رقم (٧) أن الوسط الحسابي لاستجابات الذكور على مكون الضغوطات الجسدية قد بلغ (٣,٦٦) بانحراف معياري مقداره (٠,٩١)، فيما بلغ الوسط الحسابي لاسـتجابات الإناث (٣,٩٨) بانحراف معياري مقداره(٠,٦٥)، وقد بلغت قيمة (t) (٢,١٧) وهـي ذات دلالـة إحصائية عند مستوى ٠,٠٣، مما يدل على وجود فـروق ذات دلالـة إحـصائية فـي مكـون الضغوطات الجسدية تعود لنوع المبحوث، حيث تبين أن الإناث يعانين من ضغوطات جسدية أكثر من الذكور.

وفيما يتعلق بصلة المبحوثين بالعمل، فقد تبين أن الوسط الحـسابي لاسـتجابات الـذين يعملون على مكون الضغوطات الجسدية قد بلغ (٣,٣٨) بانحراف معياري مقداره (٠,٧٥)، فيمـا بلغ الوسط الحسابي لاستجابات الذين لا يعملون (٣,٨٨) بانحراف معياري مقداره (٠,٨١)، وقـد بلغت قيمة (t) (٢,٦٢) وهي ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١، مما يدل على وجود فروق

ذات دلالة إحصائية في مكون الضغوطات الجسدية تعود لصلة المبحوثين بالعمل، حيث تبين أن الذين لا يعملون يعانون من ضغوطات جسدية أكثر من العاملين، الأمر الذي يكشف أهمية العمل في حياة الإنسان، ويبرز قيم العمل لدى الأشخاص. فلا شك بأن المريض الذي يختل توازنه الاقتصادي بسبب مرضه كأن ينقطع عن عمله، أو ينخفض دخله، أو أن يرهق ماديا بسبب تكاليف العلاج، يختلف اختباره لمعنى المرض عن مريض آخر قادر على العمل وتحمل تكاليف العلاج.

جدول رقم (٨)

نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) لمكون الضغوطات الجسدية

الحالة الزواجية	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة F	مستوى الدلالة
أعزب	٣,١٣	٠,٦٩	٨,٦٧	٠,٠٠١
متزوج	٣,٩٧	٠,٧٩		
مطلق	٤,٥٨	٠,١٤		
أرمل	٣,٧٦	٠,٦٥		
العمر/ بالسنوات الكاملة	**الوسط الحسابي**	**الانحراف المعياري**	**قيمة F**	**مستوى الدلالة**
أقل من ٣٠ سنة	٣,٣٢	٠,٨٢	٤,١٨	٠,٠٣
٣٠-٣٩	٣,٣٧	٠,٧٣		
٤٠-٤٩	٣,٨٦	٠,٧٩		
٥٠-٥٩	٣,٨٢	٠,٨١		
٦٠ سنة فأكبر	٤,٠٥	٠,٧٦		

وقد كشفت بيانات الجدول (٨) أن الوسط الحسابي لاستجابات العزاب على مكون الضغوطات الجسدية قد بلغ (٣,١٣) بانحراف معياري مقداره (٠,٦٩)، في حين بلغ (٣,٩٧) بانحراف معياري (٠,٧٩) لدى المتزوجين، أما المطلقين، فبلغ الوسط الحسابي للضغوطات

الجسدية التي يعانون منها (٤,٥٨) بانحراف معياري مقداره (٠,١٤)، والأرامل (٣,٧٦) بانحراف معياري (٠,٦٥)، وقد بلغت قيمة (F) ٨,٦٧ وهي ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠٠١، مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الضغوطات الجسدية التي يعاني منهـا المبحـوثين تعود لحالتهم الزواجية، حيث كشفت الدراسة أن المطلقين يتعرضون لأكبر درجة من الضغوطات الجسدية، فيما العزاب اقلهم معاناة من تلك الضغوطات.

أما عن أعمار المبحوثين، فقد تبين أن الوسط الحسابي لاستجابات الذين تقل أعمارهم عن (٣٠) سنة على الضغوطات الجسدية قد بلغ (٣,٣٢) بانحراف معياري مقـداره (٠,٨٢)، وبلـغ (٣,٣٧) بانحراف معياري (٠,٧٣) لدى الذين تتراوح أعمارهم بين (٣٠-٣٩) سنة، أمـا الـذين تتراوح أعمارهم بين (٤٠-٤٩) سنة، فقد بلغ الوسط الحسابي لاسـتجاباتهم (٣,٨٦) بـانحراف معياري (٠,٧٩)، وبلغ (٣,٨٢) بانحراف معياري (٠,٨١) للذين تتراوح أعمارهم بين (٥٠-٥٩) سنة، ويرتفع الوسط الحسابي ليصل إلى (٤,٠٥) بانحراف معياري (٠,٧٦) لـدى الـذين تبلـغ أعمارهم (٦٠) سنة فأكبر، وقد بلغت قيمة (F) ٤,١٨ وهي ذات دلالة إحـصائية عنـد مـستوى ٠,٠٣، مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الضغوطات الجسدية التي يعاني منهـا المبحوثين تعود لأعمارهم، حيث كشفت الدراسة عن أن الذين تبلغ أعمارهم (٦٠) سـنة فـأكبر يتعرضون للضغوطات الجسدية أكثر من باقي الفئات العمرية، فيما بلغت أقل درجة معانـاة مـن الضغوطات الجسدية لدى الذين تقل أعمارهم عن (٣٠) سنة.

٥-٢-٢ الضغوطات المتعلقة بالمعالجة الطبية

يظهر في الجدول رقم (٩) أن (١٢,٧%) من المبحوثين يتضايقون كثيرا من وجود القسطرة التحويلية الخارجية أو الداخلية التي تصل الدورة الدموية لديهم بجهاز الغسيل، ويتضايق إلى حد ما (١٣,٥%)، ولا ينطبق/محايد (٣,٢%)، ويتضايق قليلا (١٤,٣%)، ولا يتضايقون على الإطلاق ما نسبته (٥٦,٣%).

جدول رقم (٩)

التوزيعات النسبية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للاستجابات على الفقرات المتعلقة بمكون المعالجة الطبية

الرقم	فقرات مكون الضغوطات المتعلقة بالمعالجة الطبية	يضايقني كثيرا %	يضايقني الى حد ما%	لا ينطبق/ محايد %	يضايقني قليلا %	لا يضايقني على الإطلاق %	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري
٥	وجود القسطرة التحويلية الخارجية أو الداخلية	١٢,٧	١٣,٥	٣,٢	١٤,٣	٥٦,٣	٢,١٢	١,٥١
٦	الاعتماد على آلة غسيل الكلى (التعويضية)	١٦,٧	٢٢,٢	٤,٠	٧,١	٥٠,٠	٢,٤٨	١,٦٥
٧	طول وقت جلسة العلاج الغسيل	٢٨,٦	٣٠,٢	٤,٠	١٥,٩	٢١,٤	٣,٢٩	١,٥٥
٨	التنقل من والى وحدة غسيل الكلى	٩,٥	١٦,٧	٥,٦	١٤,٣	٥٤,٠	٢,١٣	١,٤٦
٩	تعامل الكادر الطبي معك	-	٢,٤	٤,٠	٦,٣	٨٧,٣	١,٢١	٠,٦٣
١٠	نقص الإمكانات في وحدة غسيل الكلية الصناعية	١,٦	٤,٠	٧٧,٨	٦,٣	١٠,٣	٢,٨٠	٠,٧٤
١١	تكلفة علاج الغسيل	-	١,٦	٨٩,٧	٢,٤	٦,٣	٢,٨٧	٠,٥٣
١٢	تعارض مواعيد جلسات الغسيل مع عملك	٤,٠	٧,١	٨٧,٣	١,٦	-	٣,١٣	٠,٤٨
جميع الفقرات المتعلقة بمكون الضغوطات المتعلقة بالمعالجة الطبية		٩,١	١٢,٢	٣٤,٥	٨,٥	٣٥,٧	٢,٥٠	٠,٥٧

وقد كشفت المقابلات مع المرضى عن أن زراعة القسطرة التحويلية غالبا ما تتم في ساعد اليد، وهي تحتاج إلى رعاية، واهتمام كبير من المريض. ويظهر المرضى تضايقا من وجودها إذ تتسبب في إعاقة حركة لليد. وقد تبين أيضا أنه ومع تكرار خضوع المريض لديال الدم تتعرض ساعد اليد إلى الانتفاخ، ويتغير لون الجلد. إضافة إلى البعض قد يضطر -في حال تعطل القسطرة- إلى الخضوع إلى زراعة أخرى لها في ذات اليد مما يؤدي إلى ظهور تشوهات فيها. هذا وقد أشار بعض المرضى، وخاصة الشباب منهم، إلى الأثر النفسي الذي يتركه وجود القسطرة، وتسببه في امتلاكهم نظرة دونية نحو أجسادهم.

أما عن الاعتماد على الآلة التعويضية لديال الدم، فيتضايق كثيرا (١٦,٧%)، ويتضايق إلى حد ما (٢٢,٧%)، ولا ينطبق/محايد (٤%)، ويتضايق قليلا (٧,١%)، ولا يتضايقون على الإطلاق ما نسبته (٥٠%). وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات (٢,٤٨)، بانحراف معياري مقداره (١,٦٥). وفيما يتعلق بطول وقت جلسة العلاج الغسيل، فيتضايق كثيرا(٢٨,٦%)، ويتضايق إلى حد ما (٣٠,٢%)، ولا ينطبق/محايد (٤%)، ويتضايق قليلا (١٥,٩%)، ولا يتضايقون على الإطلاق ما نسبته (٢١,٤%). وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات (٣,٢٩)، بانحراف معياري مقداره (١,٥٥). وقد أبدى المرضى أثناء مقابلتهم توجها ايجابيا وقبولا للعلاج والاعتماد على الآلة، فكان نصفهم لا يتضايق إطلاقا من اعتماده عليها. وقد أظهر المرضى الشباب تضايقا أكبر من غيرهم إذ يتسبب العلاج في عرقلة حياتهم، ويساهم في شعورهم بالعجز، وانعدام الاستقلالية لديهم. وقد تباين شعور المرضى بالتضايق والانزعاج من الاعتماد على الآلة التعويضية تبعا لمدة المعالجة، فكان المرضى الذين خضعوا لديال الدم لسنوات طويلة الأقل تذمرا.

وعن التنقل من والى وحدة غسيل الكلى، فيتضايق كثيرا وإلى حد ما نـسبته (٢٦,٢%)، ولا ينطبق/محايد (٥,٦%)، ويتضايق قلـيلا (١٤,٣%)، ولا يتـضايقون علـى الإطـلاق مـا نسبته(٥٤%). وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات (٢,١٣)، بانحراف معياري مقداره (١,٤٦). ومن خلال مقابلة المرضى، تبين أن تحويلهم إلى وحدتي الغسيل في كلا المستشفيين قد تـم فـي معظم الحالات وفقا لمنطقة سكنهم، وقربهم الجغرافي من وحدة الغسيل. ولكن تبين أيضا أن تـم تحويل بعض المرضى من محافظات أخرى مثل الزرقاء والسلط للعلاج في مدينة عمان.

وقد أظهرت فقرة التنقل من والى وحدة غسيل الكلى فروقا ذات دلالـة إحـصائية بـين مستشفيات القطاع العام والخاص. حيث كشفت الدراسة عـن أن المـضايقة المرتبطـة بتنقـل المرضى من والى وحدة الغسيل كانت أكبر في مستشفيات القطاع العام، فقد بلغ الوسط الحـسابي لاستجابات المرضى المراجعين لمستشفى البشير (٢,٤٣) بانحراف معياري (١,٥٦). في حـين بلغ الوسط الحسابي لدى مراجعي المستشفى التخصصي (١,٧٤) بانحراف معياري (١,٢١) وقـد بلغت قيمة (t) ٢,٧١ وهي ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١ مما يدل على أن التضايق من التنقل لدى مراجعي القطاع الخاص كانت اقل منها لدى مراجعين القطاع العام. ويمكن أن يعزى ذلك إلى التباين في استخدام المرضى للمواصلات العامة أو وسائل النقل الخاصة. حيـث أبـدى المرضى المراجعين لمستشفى البشير استخداما أكبر لمواصـلات قطـاع النقـل العـام مقارنـة بالمرضى المراجعين للمستشفى التخصصي. كما وأشار المرضى المستخدمين لوسائط النقل العام تذمرا من التكلفة المادية المترتبة على استخدامهم للمواصلات لثلاث مرات أسبوعيا، هذا إضـافة إلى المعاناة التي يواجهونها أثناء تنقلهم في ضوء الوضع الصحي الذي يعيشونه إبان الغسيل.

أما بالنسبة إلى تعامل الكادر الطبي مع المرضى، فيتضايق إلى حـد مـا (٢,٤%)، ولا ينطبق/محايد (٤%)، ويتضايق قليلا (٦,٣%)، ولا يتضايقون على الإطلاق ما نسبته (٨٧,٣%).

وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات (١,٢١)، بانحراف معياري مقـداره (٠,٦٣). وقـد أبـدى غالبية المرضى ارتياحا عاما حول تعامل الكادر الطبي معهم. ولكن هذا لا ينفـي قطعـا عـدم مراعاة بعض أفراد الكادر الطبي أو التمريضي احتياجات المريض الجسدية والنفـسية. كمـا أن بعض المرضى المبحوثين أبدى استياء من عدم الالتزام بأخلاقيات المهنة، وأصول التعامـل مـع المريض من قبل البعض من الجهاز التمريضي.

وفيما يتعلق بنقص الإمكانات في وحدة غسيل الكلى، فيتضايق كثيرا (١,٦%)، ويتضايق إلى حد ما (٤%)، ولا ينطبق/محايد (٧٧,٨%)، ويتضايق قليلا (٦,٣%)، ولا يتـضايقون علـى الإطلاق ما نسبته (١٠,٣%). وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات (٢,٨٠)، بانحراف معيـاري مقداره (٠,٧٤). وبذلك تظهر النتائج تقييم المرضى لواقع الخدمات المقدمة لهم في وحدة غـسيل الكلى والتي لقيت رضا عاما لدى نسبة كبيرة منهم. ومن خلال رصـد الملاحظـات الميدانيـة، والتغذية الراجعة من مقابلة المرضى في كلا المستشفيين، كان عدم الرضا لدى المرضـى فـي المستشفى التخصصي يصب حول عدم فاعلية أجهزة الغسيل في تنقية الدم بسبب قدمها بعـضها وتعطل بعضها الآخر عن العمل. أما في مستشفى البشير فقد أظهر المرضى تضايقا مـن عـدم مراعاة وكافية شروط النظافة العامة، وغياب ابسط الأمور التـي تراعـي احتـرام خـصوصية المريض أثناء تلقي العلاج مثل: وجود الستائر الفاصلة بين الأسرة، وعدم توفر الأغطية اللازمة. هذا إضافة إلى غياب التكييف الجيد أثناء فصل الصيف الحار، مما يتسبب فـي زيـادة معانـاة المرضى إثناء مثولهم لجلسة الغسيل الطويلة. ولا يمكن أيضا إغفال الإهمال الذي يظهـر تجـاه تلبية احتياجات المرضى، فتفتقر وحدة الغسيل في مستشفى البشير إلى وجود طبيب مناوب، كمـا ويشكو المرضى من عدم وجود زيارة دورية لطبيب الكلى المختص لمتابعـة تطـور أمـورهم الصحية، حيث يترك المرضى في رعاية الكادر التمريضي وحسب.

وقد أظهرت البيانات المتعلقة بتكلفة العلاج بديال الدم إلى أن (١,٦%) من المبحـوثين يتضايقون إلى حد ما، ولا ينطبق/محايد (٨٩,٧%)، ويتضايق قليلا (٢,٤%)، ولا يتضايقون على الإطلاق ما نسبته (٦,٣%). وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات (٢,٨٧)، بـانحراف معيـاري مقداره (٠,٥٣). وتغطي وزارة الصحة في الأردن من خلال تأمين صـندوق مرضـى الكلـى، والتأمين الصحي المدني، ووزارة التنمية الاجتماعية من خلال تأمين غير القادرين، وضمن فئات التأمين المختلفة، نفقات الغسيل لـ (٩٢,٨%) من المرضى المبحوثين وبتغطية كاملـة لنفقـات العلاج بديال الدم في الغالبية العظمى من الحالات. بينما يغطي التأمين الخاص، والديوان الملكي مجتمعين ما نسبته (٧,٢%) فقط. وقد بلغ عدد المرضى الحاصلين على تأمين جزئي لتغطيـة تكلفة علاج الغسيل (٩) بينما لم تتجاوز نسبة مساهمتهم في تغطية نفقات العـلاج (٢٥%) مـن التكلفة الإجمالية له.

وعن تعارض مواعيد جلسات العلاج مع عمـل المرضـى، يتـضايق كثيـرا (٤%)، ويتضايق إلى حد ما (٧,١%)، ولا ينطبق/محايد (٨٧,٣%)، ويتضايق قليلا (١,٦%). وقد بلـغ الوسط الحسابي للاستجابات (٣,١٣)، بانحراف معياري مقداره (٠,٤٨). وقد عـزى المرضـى الاختلاف في شدة المضايقة التي يشعرون بها حيال تعارض جلسات العلاج وعملهم إلى عوامـل عدة من أهمها: التفهم الذي يبديه صاحب العمل لوضع المريض، ومدى استطاعة المريض علـى الموائمة بين مواعيد جلسات العلاج وساعات العمل، إضافة إلى أثر التعاون الذي يلقاه المـريض من القائمين على وحدة غسيل الكلى حيث يتم استقبال بعض المرضى لتلقي العلاج مـساء وبعـد انتهاءهم من العمل.

ومما سبق يتضح أن ضغوطات المعالجة الطبية جاءت مرتبة تنازليا حسب أهميتها مـن الأعلى إلى الأدنى على النحو التالي: طول وقت جلسة العلاج بديال الدم، تعارض مواعيد جلسات

ديال الدم مع العمل، تكلفة العلاج بديال الدم، نقص الإمكانات في وحدة غسيل الكلية الـصناعية، الاعتماد على الآلة التعويضية أو ما يعرف بغسيل الكلى، التنقل من والى وحدة غـسيل الكلـى، وجود القسطرة التحويلية الخارجية أو الداخلية وأخيرا تعامل الكادر الطبي.

وعند استثناء استجابات المبحوثين التي لا تنطبق/ محايد، فإن ضغوطات المعالجة الطبية التي يعاني منها مرضى ديال الدم جاءت مرتبة تنازليا من الأعلى إلى الأدنى على النحو التالي:

- طول وقت جلسة العلاج بديال الدم (٥٨,٨%) يتضايقون كثيرا ويتضايقون إلى حد ما.
- الاعتماد على آلة ديال الدم (٣٨,٩%) يتضايقون كثيرا ويتضايقون إلى حد ما.
- وجود القسطرة التحويلية الخارجية أو الداخلية (٢٦,٢%) يتضايقون كثيرا وإلى حد ما.
- التنقل من والى وحدة غسيل الكلى (٢٦,٢%) يتضايقون كثيرا ويتضايقون إلى حد ما.
- تعارض مواعيد جلسات ديال الدم مع العمل (١١,١%) يتضايقون كثيرا و إلى حد ما.
- نقص الإمكانات في وحدة غسيل الكلية الصناعية (٥,٦%) يتضايقون كثيرا وإلى حد ما.
- تعامل الكادر الطبي (٢,٤%) يتضايقون كثيرا ويتضايقون إلى حد ما.
- تكلفة علاج ديال الدم (١,٦%) يتضايقون كثيرا ويتضايقون إلى حد ما.

جدول رقم (١٠)

نتائج اختبار (Independent-Samples t-test) لمكون ضغوطات المعالجة الطبية

العمـل	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t	مستوى الدلالة
يعملون	٢,٨٠	٠,٦٢	٢,٦٠	٠,٠١
لا يعملون	٢,٤٥	٠,٥٤		

وبالنظر إلى الجدول رقم (١٠) يظهر أن الوسط الحسابي لاستجابات الذين يعملون على مكون ضغوطات المعالجة الطبية قد بلغ (٢,٨٠) بانحراف معياري مقداره(٠,٦٢)، فيما بلغ الوسط الحسابي لاستجابات الذين لا يعملون (٢,٤٥) بانحراف معياري مقداره (٠,٥٤)، وقد بلغت قيمة (t) ٢,٦٠ وهي ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١، مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مكون ضغوطات المعالجة الطبية تعود لصلة المبحوثين بالعمل، حيث تبين أن الذين يعملون يعانون من ضغوطات المعالجة الطبية أكثر من الذين لا يعملون ، وقد يعود ذلك لتعارض جلسات الغسيل مع مواعيد العمل خصوصا في ضوء طول وقت الجلسة.

جدول رقم (١١)

نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) لمكون ضغوطات المعالجة الطبية

العمر بالسنوات	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة F	مستوى الدلالة
أقل من٣٠ سنة	٢,٩٣	٠,٦٧	٣,٠٤	٠,٠٢
٣٠-٣٩	٢,٥٦	٠,٥٠		
٤٠-٤٩	٢,٣٩	٠,٤٢		
٥٠-٥٩	٢,٣٤	٠,٥٤		
٦٠ سنة فأكبر	٢,٤٧	٠,٥٨		

يلاحظ من الجدول رقم (١١) أن الوسط الحسابي لاستجابات الذين تقل أعمارهم عن (٣٠) سنة على ضغوطات المعالجة الطبية قد بلغ (٢,٩٣) بانحراف معياري مقداره (٠,٦٧)، وبلغ (٢,٥٦) بانحراف معياري (٠,٥٠) لدى الذين تتراوح أعمارهم بين (٣٠-٣٩) سنة، أما الذين تتراوح أعمارهم بين (٤٠-٤٩) سنة، فقد بلغ الوسط الحسابي لاستجاباتهم (٢,٣٩) بانحراف معياري (٠,٤٢)، وبلغ (٢,٣٤) بانحراف معياري (٠,٥٤) للذين تتراوح أعمارهم بين (٥٠-٥٩) سنة، وبلغ الوسط الحسابي(٢,٤٧) بانحراف معياري(٠,٥٨) لدى الذين تبلغ أعمارهم

(٦٠) سنة فأكثر، وقد بلغت قيمة (F) ٣,٠٤ وهي ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠٢، مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في ضغوطات المعالجة الطبية لدى المبحوثين تعود لأعمارهم، حيث تبين أن الذين تقل أعمارهم عن (٣٠) سنة هم أكثر معاناة من ضغوطات المعالجة الطبية. . فقد كان واضحا أثناء إجراء المقابلات إبداء كبار السن، وخاصة الذين يخضعون لديال الدم منذ سنوات طويلة، تقبلا أكبر للعلاج وللضغوطات التي ترتبط به منه لدى الفئات العمرية الأصغر سنا. فشعور المرضى الشباب بأثر الضغوطات الناجمة عن المعالجة الطبية يكون أكبر لما يتسبب به العلاج من عجز جسدي، واجتماعي، يزيد من اختبارهم لفقدان السيطرة على توجيه دفة حياتهم التي ما زالت في انطلاقتها.

٥-٢-٣ الضغوطات المتعلقة بالأسرة

تستوجب طبيعة مرض فشل الكلى المزمنة اعتماد المرضى على أسرهم. كما وتوضح استجابة الأسرة لهذا المطلب تأثير المرض على المريض. فتكون الظروف التي تعيشها الأسرة، والتي يضرب المرض وتداعياته قوام موازين العلاقات بين أفرادها، سببا في بعض التحديات التي تواجه المريض. وقد يدفع المرض المريض إلى الشعور بعدم الجدوى، وفقدان مكانته في الأسرة، خاصة إذا ما تسبب المرض في إعاقة الدور الذي يقوم به من تنظيم لأمورها وقيادتها. ويؤثر إهمال الأسرة للمريض، أو مللها من طول فترة المرض والعلاج، أو إحساسها بأن المريض أصبح يمثل عبئا عليها، في شعور المريض بفقدانه احترام أسرته مما يدفعه إلى اليأس والاكتئاب.

ويمثل الجدول رقم (١٢) التوزيعات النسبية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات المرضى المبحوثين على الفقرات المتعلقة بمكون الضغوطات المتعلقة بالأسرة.

فيظهر أن (٧,١%) من المرضى المبحوثين يتضايقون كثيرا مـن تبـادل الـدور العـائلي مـع الزوج/الزوجة، ويتضايق إلى حد ما (٨,٧%)، ولا ينطبق/محايد (٧٠,٦%)، ولا يتضايقون على الإطلاق ما نسبته(١٣,٥%). وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات (٢,٩٦)، بـانحراف معيـاري مقداره (٠,٩٦).

أما عن انخفاض القدرة على الإنجاب، فيتضايق كثيرا (٢,٤%)، ويتضايق إلى حد مـا (٠,٨%)، ولا ينطبق/محايد (٩٦%)، ولا يتضايقون على الإطلاق ما نسبته (٠٠,٨%). وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات (٣,٠٤)، بانحراف معياري مقداره (٠,٣٧). وقد يعود هذا الارتفاع في نسبة الاستجابات بلا ينطبق/ محايد إلى عدة عوامل منها: عدم تأثير المـرض علـى قـدرة المرضى الإنجابية، وارتفاع نسبة المرضى من الفئات العمريـة (٤٠-٤٩)، و(٥٠-٥٩) و(٦٠) سنة فأكبر والتي شكلت ما نسبته (٧٤,٧%) من عينة الدراسة وهم في معظمهم من المتـزوجين الذين كونوا أسرا وتوقفوا عن الإنجاب.

أما فيما يتعلق بالاعتماد على الأبناء في تدبير أمور حياتهم، فيتـضايق كثيـرا (٧,١%)، ويتضايق إلى حد ما (١١,٩%)، ولا ينطبق/محايد (٥١,٦%)، ويتـضايق قلـيلا (٢,٤%)، ولا يتضايقون على الإطلاق ما نسبته (٢٧%). أما نسبة المرضـى الـذين يتـضايقون مجتمعـين (٢١,٤%)، وتبقى هذه النسبة متدنية مقارنة بأولئك الذين لا يتضايقون من تبادل الدور مع أبنائهم على الإطلاق (٢٧%). هذا يشير مجددا إلى التكافل الأسري. وهو أيضا يتأثر بثقافـة المجتمـع السائدة والأدوار الاجتماعية المتوقعة من الأبناء. فيشعر المريض بان له الحق في الحصول على الرعاية أولا من أسرته وأبنائه ويؤكد واجبهم تجاهه.

جدول رقم (١٢)

التوزيعات النسبية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للاستجابات

على الفقرات المتعلقة بمكون الضغوطات المتعلقة بالأسرة

الرقم	فقرات مكون الضغوطات المتعلقة بالأسرة	يضايقني كثيرا %	يضايقني إلى حد ما%	لا ينطبق/ محايد %	يضايقني قليلا %	لا يضايقني على الإطلاق %	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري
١٣	تبادل الدور العائلي مع الزوج/الزوجة	٧,١	٨,٧	٧٠,٦	-	١٣,٥	٢,٩٦	٠,٩٦
١٤	انخفاض القدرة على الإنجاب	٢,٤	٠,٨	٩٦,٠	-	٠,٨	٣,٠٤	٠,٣٧
١٥	الاعتماد على الأبناء في تدبير أمور حياتك	٧,١	١١,٩	٥١,٦	٢,٤	٢٧,٠	٢,٧٠	١,٢٠
١٦	التأثير السلبي على الحياة الاجتماعية وقلة الاختلاط بالناس	٢٤,٦	٢٤,٦	٣٢,٥	٧,٩	١٠,٣	٣,٤٥	١,٢٤
جميع الفقرات المتعلقة بمكون الضغوطات المتعلقة بالأسرة		١٠,٣	١١,٥	٦٢,٧	٢,٦	١٢,٩	٣,٠٤	٠,٥٨

وبالنسبة للتأثير السلبي للمرض على الحياة الاجتماعية وقلة الاختلاط بالناس، فقد أبدى أكثر من نصف المرضى (٥٧,١%) تضايقا بسبب تأثير المرض السلبي للمرض على حياتهم الاجتماعية، بينما جاءت استجابات (٣٢,٥%) منهم بلا ينطبق/محايد، و (١٠,٣%) لا يتضايقون على الإطلاق. فلا يخف التأثير الكبير للمرض ونتائجه المختلفة، وما تفرضه متطلبات العلاج على حياة المريض الاجتماعية واختلاطه بالناس. فيضطر المريض إلى الحد من علاقاته الاجتماعية، أو الانقطاع عن ذويه وأصدقائه. وغالبا ما تزيد الأعراض الجسدية للمرض من انطواء المريض على نفسه والتزامه المنزل. كما وتستحوذ جلسات العلاج الأسبوعية، وما يسبقها وما يليها من تعب وإرهاق جسدي، جل وقته، وتشكل بذلك عائقا أمام ممارسة المريض لأنشطته الاجتماعية.

ويتضح مما سبق أن الضغوطات المتعلقة بالأسرة جاءت مرتبة تنازليا حسب أهميتها من الأعلى إلى الأدنى على النحو التالي: التأثير السلبي على الحياة الاجتماعية وقلة الاختلاط بالناس،

انخفاض القدرة على الإنجاب، تبادل الدور العائلي مع الزوج/الزوجة، والاعتماد على الأبناء في تدبير أمور حياتك.

وعند استثناء استجابات المبحوثين التي لا تنطبق/ محايد، فإن ضغوطات الأسرة التي يعاني منها مرضى ديال الدم جاءت مرتبة تنازليا من الأعلى إلى الأدنى على النحو التالي:

- التأثير السلبي على الحياة الاجتماعية وقلة الاختلاط بالناس (٤٩,٢%) يتضايقون كثيرا ويتضايقون إلى حد ما.
- الاعتماد على الأبناء في تدبير أمور الحياة (١٩%) يتضايقون كثيرا ويتضايقون إلى حد ما.
- تبادل الدور العائلي مع الزوج/الزوجة (١٥,٨%) يتضايقون كثيرا ويتضايقون إلى حد ما.
- انخفاض القدرة على الإنجاب (٣,٢%) يتضايقون كثيرا ويتضايقون إلى حد ما.

٥-٢-٤ الضغوطات النفسية

أشارت بيانات الجدول رقم (١٣) أن (٢٣,٨%) من المبحوثين يتضايقون كثيرا من التغير الذي يصيب مظهرهم (الشكل) الجسدي، ويتضايق إلى حد ما (٣١%)، ولا ينطبق/محايد(٢٤,٦%)، ويتضايق قليلا (٢,٤%)، ولا يتضايقون على الإطلاق ما نسبته (١٨,٣%). وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات (٣,٤٠)، بانحراف معياري مقداره (١,٣٧). فيتبين أن أكثر من نصف المبحوثين يتضايق من التغير في مظهرهم نتيجة المريض وتعقيداته، فيشكل هذا عاملا مهما يؤثر على نظرة المريض لذاته وثقته بنفسه. وقد أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين التغير في المظهر الخارجي و النوع الاجتماعي للمريض، حيث أبدى كلا من الذكور والإناث تضايقا إزاء التغيرات الجسمية الناتجة عن إصابتهم بالمرض وخضوعهم للعلاج.

جدول رقم (١٣)

التوزيعات النسبية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للاستجابات على الفقرات المتعلقة بمكون الضغوطات النفسية

الرقم	فقرات مكون الضغوطات النفسية	يضايقني كثيرا %	يضايقني الى حد ما%	لا ينطبق/ محايد %	يضايقني قليلا %	لا يضايقني على الإطلاق %	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري
١٧	التغير في المظهر (الشكل) الجسماني	٢٣,٨	٣١,٠	٢٤,٦	٢,٤	١٨,٣	٣,٤٠	١,٣٧
١٨	تكرار دخول المستشفى	١٦,٧	١٣,٥	٦٢,٧	٧,١	-	٣,٤٠	٠,٨٥
١٩	التقيد بأنواع معينة من الغذاء	١٨,٣	٢١,٤	٢٠,٦	١١,٩	٢٧,٨	٢,٩٠	١,٤٨
٢٠	انخفاض القدرة الجنسية	١٦,٧	٩,٥	٥٠,٨	٧,١	١٥,٩	٣,٠٤	١,٢٢
٢١	التقليل من كمية شرب السوائل	٤١,٣	١٦,٧	١١,١	٤,٨	٢٦,٢	٣,٤٢	١,٦٦
٢٢	النظرة السلبية لمرضى الكلى من قبل المجتمع	١٩,٠	١٧,٥	٤٥,٢	٨,٧	٩,٥	٣,٢٨	١,١٦
٢٣	الخوف من الموت	٢,٤	٧,٩	٥٢,٤	٤,٠	٣٣,٣	٣,٤٢	١,١١
	جميع الفقرات المتعلقة بمكون الضغوطات النفسية	١٩,٧	١٦,٨	٣٨,٢	٦,٦	١٨,٧	٣,١٢	٠,٧١

أما فيما يتعلق بتكرار دخول المستشفى، فيتضايق كثيرا (١٦,٧%)، ويتضايق إلى حد ما (١٣,٥%)، ولا ينطبق/محايد (٦٢,٧%)، ويتضايق قليلا (٧,١%). وقد يعـود ارتفـاع نـسبة الاستجابات لا ينطبق/ محايد إلى أن غالبية المرضى (٦٥,١%) كانوا يتلقون العـلاج منـذ (٣) سنوات فأكثر. فقد تبين من التغذية الراجعة من المرضى أثناء مقابلتهم أن احتمالية تكرار دخول المريض للمستشفى بسبب تداعيات الإصابة بفشل الكلى المزمن تكون أكبر إبان البـدء بـالعلاج

بديال الدم، وخاصة إذا ما كان المريض يعاني أيضا من أمراض أخرى مرافقـة. وتقـل هـذه الاحتمالية مع مرور الوقت وطيلة المدة الزمنية التي يخضع فيها المريض للعلاج.

أما عن التقيد بأنواع معينة من الغذاء، فيتضايق كثيرا (١٨,٣%)، ويتضايق إلى حد مـا (٢١,٤%)، ولا ينطبق/محايد (٢٠,٦%)، ويتضايق قليلا (١١,٩%)، ولا يتضايقون على الإطلاق ما نسبته(٢٧,٨%). وبذلك فان أكثر من نصف المرضى المبحوثين (٥١,٦%) يتضايق بدرجات مختلفة من التقيد بالحمية الغذائية التي يجب على مرضى فشل الكلى المزمن إتباعها. فلا يراعي المرضى تجنب الأطعمة تؤثر تزيد من وضعهم الصحي العام سوءا، أو التي تعجل في حـاجتهم لجلسة غسيل الكلى. فتتسبب بعض أنواع الأطعمة في ظهور وتطور الإعراض الجانبية الجـسدية المرافقة للمرض مثل الحكة، التي يسببها تناول الأطعمة الغنية بالفوسفات والكالسيوم. وقد تبـين من مقابلة المرضى قلة الوعي لديهم حول أهمية التقيد بالحمية الغذائية وأثرهـا علـى وضـعهم الصحي. فقد ظهر جليا عدم معرفة وتقدير المرضى لأهمية التزامهم بالحمية اللازمة. كما أظهر الكثير منهم عدم اكتراث بتوجيهات الكادر الطبي لهم حول ذلك. يشار إلى أن هناك إجماع لـدى المختصين بعدم مراعاة المجتمع الأردني لأنماط الحياة الصحية ومنها الالتزام بالعادات الغذائيـة السليمة. إضافة إلى نقص الوعي المجتمعي جول هذا الأمر، وخاصة لدى المرضـى المـصابين بأمراض مزمنة مسببة لمرض فشل الكلى المزمن كالسكري، وارتفاع ضغط الدم.

أما بالنسبة لانخفاض القدرة الجنسية، فيتضايق كثيرا (١٦,٧%)، ويتضايق إلى حـد مـا (٩,٥%)، ولا ينطبق/محايد (٥٠,٨%)، ويتضايق قليلا(٧,١%)، ولا يتضايقون على الإطلاق ما نسبته(١٥,٩%). وقد بلغ الوسط الحسابي لاستجابات الذكور على هذه الفقرة (٣,٢٤) بـانحراف معياري (١,٣٧)، في حين بلغ متوسط استجابات الإناث (٢,١٣) بانحراف معياري (٠,٩٥) فيما بلغت قيمة (t) ٢,١٣ وهي ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠٣ مما يكشف أن درجة تـضايق

الذكور من انخفاض القدرة الجنسية نتيجة المرض والعلاج بديال الدم أعلى منها عند الإناث. وقد جاءت معظم استجابات الإناث مقترنة " بعدم الشعور بشيء" أو " عدم المضايقة إلا مـن خـلال الرفض الذي يظهره الزوج لها"، " فلم يعد مرغوبا بها". وهذا يعكس النمط الثقافي السائد فـي مجتمع ذكوري يحدد الأدوار النمطية الاجتماعية للرجل والمرأة، ومـن بينهـا الأدوار المتعلقـة بالحياة الجنسية أو الحياة الاجتماعية بشكل عام. ويضاف إلى ذلك جهل الأزواج بطبيعة المرض ونتائجه على العلاقات الزوجية.

وتجدر الإشارة هنا إلى أهمية الرضا الجنسي والذي هو مكون هام في إنسانية المريض وصحته بشكل عام، وهو غالبا ما يتم إغفاله من قبل أخصائي الرعاية الـصحية، الـذين طالمـا يصبون اهتمامهم على الجانب الطبي والتقني للمرض. ففي ضوء النتائج، وربطهـا بملاحظـات الباحثة أثناء مقابلتها للمرضى والحديث إليهم، يظهر تأثير المرض على تفكك العلاقات الأسـرية وتهدمها في بعض الأحيان. فقد تبين أن جميع النساء المطلقات في عينة الدراسة قد تـركن مـن قبل أزواجهن بعد أن تم تشخيص إصابتهن بالمرض، وذلك لعدم رغبة الـزوج فـي الاسـتمرار الحياة الزوجية، أو تحمل أعباء إعالة الزوجة، أو خوفا من انتقال المرض إليـه لاعتقـاده بـأن زوجته أصيبت بمرض معد. وفي حالات أخرى لم يقدم الزوج على ترك زوجته المريضة ولكنه قام بهجرها من خلال زواجه بأخرى. ولم يظهر في عينة الدراسة وضعا مشابها بـين الأزواج الذكور. فلم ترصد الباحثة أي حالة ترك من قبل الزوجة لزوجها بدافع إصابته بالمرض. أمـا بالنسبة لاستجابات العزاب من الجنسين فق جاءت في غالبها ضـمن عـدم الانطبـاق / محايـد لاعتقادهم أن هذه الفقرة تتعلق فقط بالمتزوجين.

وعن التقليل من كمية شرب السوائل، فيتضايق كثيرا (٤١,٣%)، ويتضايق إلى حـد مـا (١٦,٧ %)، ولا ينطبق/محايد (١١,١%)، ويتـضايق قلـيلا (٤,٨%)، ولا يتـضايقون علـى

الإطلاق ما نسبته (٢٦,٢%). وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات (٣,٤٢)، بانحراف معيـاري مقداره (١,٦٦). ويشكل الحد من كمية شرب السوائل تحديا لكثير من المرضى وخاصة في أيام الصيف الحارة. ويتسبب عدم التقيد من قبل المريض بكميات الشراب المحددة في زيادة كميـات السوائل في جسمه، والتسريع في حاجته إلى جلسة العلاج، الأمر الذي يؤدي إلى إصابته بالتعب الشديد والإعياء قبيل الخضوع لجلسة العلاج.

أما عن النظرة السلبية لمرضى الكلى من قبل المجتمـع، فيتـضايق كثيـرا (١٩%)، ويتضايق إلى حد ما (١٧,٥%)، ولا ينطبق/محايد (٤٥,٢%)، ويتـضايق قلـيلا (٨,٧%)، ولا يتضايقون على الإطلاق ما نسبته (٩,٥%). وقد تحدد نظرة المجتمع إلى المرض معنـاه أيـضا بالنسبة للمريض. فقد اعتبر المرضى المبحوثين الذين أكدوا تـضايقهم مـن وصـف الـبعض لمرضهم بالمعدي مما يجعلهم يشعرون بالنبذ أو النقص. كما أكد غالبيتهم تضايقهم من نظـرات الآخرين التي تتتبع التغيرات شكلهم الخارجي. وأشاروا أن نظـرة المجتمـع الـسلبية المتمثلـة بالشفقة، أو وصف المريض بالعجز، والضعف، والإعاقة تزيد من أعبـاء مرضـهم وتـشعرهم بالدونية وفقدان الثقة بالنفس.

وفيما يتعلق بالخوف من الموت، ينتاب مريض ديال الدم الكثير من المخاوف التـي قـد تكون مصدر قلق أو سببا في مقاومة العلاج. فخوف المريض من المـوت، وإدراكـه المباشـر لحقيقة الحياة الأرضية الفانية، يكون في حد ذاته مصدر للكثير من القلق. فغالبا ما يسيطر علـى المريض هاجس زواله القريب، أو قلة الوقت المتبقي له. الأمر الذي يشكل تحـديا يوميـا لـه للمضي قدما في حياته. فيحتاج المريض بلا شك إلى مواجهة هذا التحدي من خلال إضافة معنى آخر إلى هذه الخبرة يستطيع انتشاله من مغبة الوقوع في هوة الاكتئاب.

وكانت نتائج الدراسة قد أظهرت أن (٢,٤%) من المرضى المبحوثين يتضايق كثيرا من مخاوف الموت، ويتضايق إلى حد ما (٧,٩%)، ولا ينطبق/محايد (٥٢,٤%)، ويتـضايق قلـيلا (٤%)، ولا يتضايقون على الإطلاق ما نسبته(٣٣,٣%). بذلك يتبين ارتفاع نسبة المرضى الذين لا يتضايقون على الإطلاق مقارنة بالذين يتضايقون لخوفهم من الموت. هذا يعود إلـى العامـل الديني، فهؤلاء المرضى يستمدون معنى جديدا لخبرة المرض ينبثق من إيمانهم با ، فيـدركون أن الموت حق، ويؤمنون بأن المرض محنة وابتلاء تتطلب من المؤمن الصبر والثبات.

ويتضح إذا مما سبق أن الضغوطات النفسية جاءت مرتبة تنازليا حـسب أهميتهـا مـن الأعلى إلى الأدنى على النحو التالي: الخوف من الموت، التقليل من كمية شرب السوائل، تكـرار دخول المستشفى، التغير في المظهر (الشكل) الجسماني، النظرة السلبية لمرضى الكلى من قبـل المجتمع، انخفاض القدرة الجنسية، وأخيرا التقيد بأنواع معينة من الغذاء.

وعند استثناء استجابات المبحوثين التي لا تنطبق/ محايد، فإن الضغوطات النفسية التي يعاني منها مرضى ديال الدم جاءت مرتبة تنازليا من الأعلى إلى الأدنى على النحو التالي:

- التقليل من كمية شرب السوائل (٥٨%) يتضايقون كثيرا ويتضايقون إلى حد ما.
- التغير في المظهر (الشكل) الجسماني (٥٤,٨%) يتضايقون كثيرا ويتضايقون إلى حد ما.
- التقيد بأنواع معينة من الغذاء (٣٩,٧%) يتضايقون كثيرا ويتضايقون إلى حد ما.
- النظرة السلبية لمرضى الكلى من قبل المجتمع (٣٦,٥%) يتضايقون كثيرا وإلى حد ما.
- تكرار دخول المستشفى (٣٠,٢%) يتضايقون كثيرا ويتضايقون إلى حد ما.
- انخفاض القدرة الجنسية (٢٦,٢%) يتضايقون كثيرا ويتضايقون إلى حد ما.
- الخوف من الموت (١٠,٣%) يتضايقون كثيرا ويتضايقون إلى حد ما.

جدول رقم (١٤)

نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) لمكون الضغوطات النفسية

العمر/ بالسنوات الكاملة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة F	مستوى الدلالة
أقل من ٣٠ سنة	٣,٥٥	٠,٥٢	٢,٨٠	٠,٠٣
٣٠-٣٩	٣,٠٨	٠,٥٧		
٤٠-٤٩	٣,٣٢	٠,٥٦		
٥٠-٥٩	٢,٨٧	٠,٨١		
٦٠ سنة فأكبر	٣,٠٢	٠,٧٧		

يتبين من الجدول رقم (١٤) أن الوسط الحسابي لاستجابات الذين تقل أعمارهم عن (٣٠) على الضغوطات النفسية قد بلغ (٣,٥٥) بـانحراف معيـاري مقـداره (٠,٥٢)، وبلـغ (٣,٠٨) بانحراف معياري (٠,٥٧) لدى الذين تتراوح أعمارهم بين (٣٠-٣٩) سنة، أما الـذين تتـراوح أعمارهم بين (٤٠-٤٩) سنة، فقد بلغ الوسط الحسابي لاستجاباتهم (٣,٣٢) بـانحراف معيـاري (٠,٥٦)، وبلغ (٢,٨٧) بانحراف معياري (٠,٨١) للذين تتراوح أعمارهم بين (٥٠-٥٩) سـنة، وبلغ الوسط الحسابي (٣,٠٢) بانحراف معياري(٠,٧٧) لدى الذين تبلغ أعمـارهم (٦٠) سـنة فأكثر، وقد بلغت قيمة (F) ٢,٨٠ وهي ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠٣، مما يـدل علـى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الضغوطات النفسية التي يعـاني منهـا المبحـوثين تعـود لأعمارهم، حيث تبين أن الذين تقل أعمارهم عن (٣٠) سنة هم أكثر من باقي الفئـات العمريـة الأخرى معاناة من الضغوط النفسية. الأمر الذي يؤكد أن للسن تأثير كبير فـي اختبـار معنـى المرض من قبل المريض، وهو يرتبط أيضا بدورة الحياة لدى الفرد. فإصابة الشاب بفشل الكلـى المزمن يعرقل نشاطه، ويرغمه على الاعتماد على الآلة وعلى الغير بينما هو سن يحتاج فيه إلى

الحركة، والاستقلالية، والاعتماد على النفس، وتكوين العلاقات الاجتماعية، ممـا يجعلـه يحـس إحساسا أكبر بالمرض والضغوطات النفسية الناجمة عنه عما إذا كان في مرحلة عمرية أكبر.

٥-٢-٥ الضغوطات المتعلقة بنمط الحياة

أظهرت بيانات الجدول رقم (١٥) أن (١٩,٨%) من المبحوثين يتضايقون كثيرا من فقدان الاستقلالية، ويتضايق إلى حد ما (٢١,٤%)، ولا ينطبـق/محايـد (٤٥,٢%)، ويتـضايق قلـيلا (٧,٩%)، ولا يتضايقون على الإطلاق ما نسبته (٥,٦%). وبذلك يتبين أن ما يقـارب نـصف المرضى المبحوثين يتضايق بدرجة ما من فقدان الاستقلالية المترتبة على إصـابتهم بـالمرض، والتي تتعدد أبعادها متجاوزة الاعتماد على آلة التنقية الدموية، لتشمل أيضا الكادر الطبي، وأفراد أسرة المريض، والمحيطين بالمريض. فيدرك المريض حقيقة اقتحام الآخرين، وخاصة الكـادر الطبي، لحياته الخاصة التي لم يعد يوجه دفتها كما قبل إصابته بالمرض. كذلك يرافـق شـعور المريض بفقدان الاستقلالية اختباره لفقدان السيطرة، والعجز أمام المرض وأعراضه الجسدية التي لا يستطيع المريض السيطرة عليها. هذا ينعكس حتما على نظرة المريض وتقديره لذاته.

أما بالنسبة لعدم قدرة المريض على ممارسة نشاطاته اليومية كما في السابق، فيتـضايق كثيرا (٣٧,٣%)، ويتضايق إلى حد ما (٢٦,٢%)، ولا ينطبق/محايد (٢٢,٢%)، ويتضايق قلـيلا (٨,٧%)، ولا يتضايقون على الإطلاق ما نسبته (٥,٦%). وقد بلغ الوسط الحسابي للاسـتجابات (٣,٨١)، بانحراف معياري مقداره (١,١٩). فيتبين أن (٦٣,٥%) مـن المرضـى المبحـوثين يتضايقون كثيرا والى حد ما من عدم ممارستهم لنشاطاتهم اليومية. وهذا يظهـر مـدى إعاقـة المرض لحياة المريض. فبالإضافة إلى تعقيداته وأعراضه الجسدية، تضيف طبيعة العلاج وتكرار جلسات الغسيل إلى عرقلة سير حياة المريض اليومية، فتصبح تدور بأكملها حول أوقات جلـسات

الغسيل. إضافة إلى ما يضيفه العلاج من تحدي أمام المريض للمضي في عمله، أو حتى القيام بأبسط الأمور الاجتماعية أو التنقل والسفر.

جدول رقم (١٥)

التوزيعات النسبية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للاستجابات على فقرات مكون الضغوطات المتعلقة بالتغير في نمط الحياة

الرقم	فقرات مكون الضغوطات المتعلقة بالتغير في نمط الحياة	يضايقني كثيرا %	يضايقني الى حد ما%	لا ينطبق/ محايد %	يضايقني قليلا %	لا يضايقني على الإطلاق %	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري
٢٤	فقدان الاستقلالية	١٩,٨	٢١,٤	٤٥,٢	٧,٩	٥,٦	٣,٤٢	١,٠٧
٢٥	عدم القدرة على ممارسة نشاطاتك اليومية كما في السابق	٣٧,٣	٢٦,٢	٢٢,٢	٨,٧	٥,٦	٣,٨١	١,١٩
٢٦	انعدام الأمان المادي بسبب فقدان العمل	١٦,٧	٤,٨	٧٨,٦	-	-	٣,٣٨	٠,٧٦
٢٧	غموض المستقبل	١٦,٧	٢٣,٠	٣٢,٥	١٥,١	١٢,٧	٣,١٦	١,٢٤
جميع فقرات مكون الضغوطات المتعلقة بالتغير في نمط الحياة		٢٢,٦	١٨,٩	٤٤,٦	٧,٩	٦,٠	٣,٤٤	٠,٦٧

وعن انعدام الأمان المادي بسبب فقدان العمل، يتضايق كثيرا (١٦,٧%)، ويتضايق إلى حد ما (٤,٨%)، ولا ينطبق/محايد (٧٨,٦%). وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات (٣,٨٣) بانحراف معياري مقداره (٠,٧٦). ويعزى انخفاض نسبة المرضى الذين يتضايقون من انعدام الأمان المادي بسبب فقدانهم لعملهم إلى ارتفاع نسبة كبار السن (٦٠) فأكبر ضمن المرضى المبحوثين والذين هم غالبا في سن التقاعد، هذا إضافة إلى كبر نسبة المرضى العاجزين في عينة الدراسة والتي بلغت (٣٨,٩%).

وفيما يتعلق بغموض المستقبل، فيتضايق كثيرا (١٦,٧%)، ويتـضايق إلـى حـد مـا (٢٣%)، ولا ينطبق/محايد (٣٢,٥%)، ويتضايق قليلا (١٥,١%)، ولا يتضايقون على الإطـلاق ما نسبته (١٢,٧%). فيتبين أن أكثر من نصف المرضى المبحوثين يتـضايقون مـن غمـوض المستقبل، حيث أنه وبسبب طبيعة المرض المتقلبة، وتداعياته المعقدة، يفقد المريض القدرة علـى توقع المستقبل أو التخطيط له مما يزيد من خوفه وإحباطه أيضا.

و تكشف النتائج أن ضغوطات نمط الحياة جاءت مرتبة تنازليا حسب أهميتها من الأعلى إلى الأدنى على النحو التالي: عدم القدرة على ممارسة نشاطاتك اليومية كما في الـسابق، فقـدان الاستقلالية، انعدام الأمان المادي بسبب فقدان العمل، وغموض المستقبل.

وعند استثناء استجابات المبحوثين التي لا تنطبق/ محايد، فإن ضغوطات نمط الحياة التي يعاني منها مرضى ديال الدم جاءت مرتبة تنازليا من الأعلى إلى الأدنى على النحو التالي:

- عدم القدرة على ممارسة نشاطاتك اليومية كمـا فـي الـسابق (٦٣,٥%) يتـضايقون كثيـرا ويتضايقون إلى حد ما.
- فقدان الاستقلالية (٤١,٢%) يتضايقون كثيرا ويتضايقون إلى حد ما.
- غموض المستقبل (٣٩,٧%) يتضايقون كثيرا ويتضايقون إلى حد ما.
- انعدام الأمان المادي بسبب فقدان العمل (٢١,٥%) يتضايقون كثيرا ويتضايقون إلى حد ما.

وتشير بيانات الجدول رقم (١٦) أن الوسط الحسابي لاستجابات الـذكور علـى مكـون ضغوطات نمط الحياة قد بلغ (٣,٥٨) بانحراف معياري مقداره (٠,٤٨)، فيما بلغ الوسط الحسابي لاستجابات الإناث (٣,٢٧) بانحراف معياري مقداره (٠,٤٠)، وقد بلغت قيمـة (**t**) ٢,٦٧ وهـي ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١، مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مكون ضغوطات نمط الحياة تعود لنوع المبحوث، حيث تبين أن الذكور يعانون من ضـغوطات نمـط

الحياة أكثر من الإناث، وقد يعود ذلك لمسؤوليات الحياة التي غالبا ما تقع في المجتمـع الأردنـي على عاتق الذكور أكثر من الإناث.

جدول رقم (١٦)

نتائج اختبار (Independent-Samples t-test) لمكون ضغوطات نمط الحياة

النوع	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t	مستوى الدلالة
ذكر	٣,٥٨	٠,٤٨	٢,٦٧	٠,٠١
أنثى	٣,٢٧	٠,٤٠		
العمل	**الوسط الحسابي**	**الانحراف المعياري**	**قيمة t**	**مستوى الدلالة**
يعملون	٣,٠٧	٠,٥٣	٢,٧٣	٠,٠١
لا يعملون	٣,٥١	٠,٦٨		

وفيما يتعلق بصلة المبحوثين بالعمل، فقد تبين أن الوسط الحـسابي لاسـتجابات الـذين يعملون على مكون ضغوطات نمط الحياة قد بلغ (٣,٠٧) بانحراف معياري مقداره (٠,٥٣)، فيما بلغ الوسط الحسابي لاستجابات الذين لا يعملون (٣,٥١) بانحراف معياري مقداره (٠,٦٨)، وقـد بلغت قيمة (t) ٢,٧٣ وهي ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١، مما يدل على وجود فـروق ذات دلالة إحصائية في مكون ضغوطات نمط الحياة تعود لصلة المبحوثين بالعمل، حيث تبين أن الذين لا يعملون يعانون من ضغوطات نمط الحياة أكثر من العاملين. وقد يعزى هـذا إلـى دور الذي يلعبه العمل في حياة الفرد من إعطائه شعورا بالاستقلالية والأمان والقدرة على العطاء.

٥-٢-٦ مكـونـات الضغوطـات مجتمعة

أظهرت بيانات الجدول رقم (١٧) أن الضغوطات التي يتعرض لها مرضى ديـال الـدم جاءت مرتبة تنازليا حسب شدتها من الأعلى إلى الأدنى على النحو التالي:الضغوطات الجـسدية، ضغوطات نمط الحياة، الضغوطات النفسية، ضغوطات الأسرة، وأخيـرا ضـغوطات المعالجـة الطبية. كما وتجدر الإشارة إلى أنه لم تظهر هناك فروقا ذات دلالة إحـصائية بـين مكونـات الضغوطات مجتمعة وأي من المتغيرات المتعلقة بالخصائص الاجتماعية والاقتصادية للمبحوثين.

جدول رقم (١٧)

خلاصة نتائج مكونات الضغوطات التي يتعرض لها مرضى ديال الدم

مكونات الضغوطات	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة
الضغوطات الجسدية	٣,٨٠	٠,٨٢	١
ضغوطات المعالجة الطبية	٢,٥٠	٠,٥٧	٥
ضغوطات الأسرة	٣,٠٤	٠,٥٨	٤
الضغوطات النفسية	٣,١٢	٠,٧١	٣
ضغوطات نمط الحياة	٣,٤٤	٠,٦٧	٢
جميع مكونات الضغوطات مجتمعة	٣,٠٨	٠,٤٥	

٥-٣ مقياس جالويك للتغلب على المشاكل أو المصاعب التي تواجه الإنسان

جدول رقم (١٨)

التوزيعات النسبية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للاستجابات على الفقرات المتعلقة بمقياس جالويك

الرقم	الأسـاليـب	غالباً %	أحياناً %	نادراً %	أبداً %	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري
	المواجـهـة						
١	أنظر إلى مشكلة مرضي بموضوعية ومـن جميع النواحي	٤٠,٥	٢٣,٨	٢٦,٢	٩,٥	٢,٩٥	١,٠٣
٢	أبحث كي أعرف معلومات أكثر عن طبيعـة مرضي	١٥,٩	٧,٩	١٧,٥	٥٨,٧	١,٨١	١,١٣
٣	أتعامل مع ما يحدث لي نتيجة مرضي خطوة بخطوة	١٥,٩	٢٧,٠	٢٠,٦	٣٦,٥	٢,٢٢	١,١١
	جميع الفقرات	٢٤,١	١٩,٦	٢١,٤	٣٤,٩	٢,٣٣	٠,٨٧
	الانسـحـاب/ الهـروب						
٤	ألوم شخص ما لكونه الـسبب فـي إصـابتي بالمرض	١١,٩	٦,٣	٣,٢	٧٨,٦	١,٥٢	١,٠٥
٥	أتجنب البقاء مع الناس	٧,١	١٥,١	٥,٦	٧٢,٢	١,٥٧	٠,٩٩
٦	أتمنى أن تنتهي مشكلة مرضي	٦٥,٩	١٠,٣	٩,٥	١٤,٣	٣,٢٨	١,١٢
	جميع الفقرات	٢٨,٣	١٠,٦	٦,١	٥٥,٠	٢,١٢	٠,٧٣
	النظرة الايجابية والتفاؤل						
٧	أنظر بايجابية إلى الأمور على الرغم مـن مرضي	٣١,٠	٣٨,١	٢٣,٨	٧,١	٢,٩٣	٠,٩١
٨	أحاول أن أكون مرحا	٢١,٤	٢٩,٤	٣٤,١	١٥,١	٢,٥٧	٠,٩٩
٩	أحاول أن أسير حياتي على طبيعتهـا كمـا كانت عليه قبل إصابتي بالمرض	٣٠,٢	٢٠,٦	٢٣,٠	٢٦,٢	٢,٥٥	١,١٨
	جميع الفقرات	٢٧,٥	٢٩,٤	٢٧,٠	١٦,٠	٢,٦٨	٠,٨٢
	التشاؤم						
١٠	أبدي استسلاما للوضع لأنه ليس لدي أمل	١٥,٩	١٧,٥	١٧,٥	٤٩,٢	٢,٠٠	١,١٥
١١	أقول أن إصابتي بالمرض هو مجـرد سـوء حظ	١٠,٣	٧,١	١١,٩	٧٠,٦	١,٥٧	١,٠١

الرقم	الأســاليــب	غالباً %	أحياناً %	نادراً %	أبداً %	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري
١٢	أتوقع أن يحدث الأسوأ لي	١١,١	٢٨,٦	١٩,٨	٤٠,٥	٢,١٠	١,٠٦
	جميع الفقرات	١٢,٤	١٧,٧	١٦,٤	٥٣,٤	١,٨٩	٠,٧٥
	التعبير عن المشاعر						
١٣	أتضايق وانفعل بسبب مرضي	٢١,٤	٢٨,٦	٩,٥	٤٠,٥	٢,٣١	١,٢١
١٤	ألوم نفسي لإصابتي بهذا المرض	٧,١	٤,٠	٢,٤	٨٦,٥	١,٣٢	٠,٨٥
١٥	أعكس ضغوطاتي النفسية على الآخرين	٥,٦	١٥,٩	١٥,١	٦٣,٥	١,٦٣	٠,٩٤
	جميع الفقرات	١١,٤	١٦,٢	٩,٠	٦٣,٥	١,٧٥	٠,٦٧
	التلطيف/ التخفيف						
١٦	أقوم بأعمال أســتمتع بهــا مثــل ممارســة الرياضية، القراءة...	١٨,٣	٧,١	١١,٩	٦٢,٧	١,٨١	١,١٨
١٧	أستخدم الأدوية المهدئة كي أحــد مــن أثــر الضغوطات التي أعانيها	٤,٠	٣,٢	٧,١	٨٥,٧	١,٢٥	٠,٧٠
١٨	أدخن أكثر من المعتاد	٦,٣	٤,٠	٠,٨	٨٨,٩	١,٢٨	٠,٨٢
	جميع الفقرات	٩,٥	٤,٨	٦,٦	٧٩,١	١,٤٥	٠,٥٦
	الحصول على الدعم الاجتماعي						
١٩	أتحدث عن مشكلة مرضي مع أحد الأشخاص المختــصين مــثلا الطبيــب، الممــرض، الأخصائي الاجتماعي، رجل الدين..	٩,٥	٩,٥	٣٠,٢	٥٠,٨	١,٧٨	٠,٩٧
٢٠	أصلي إلى ا وأتوكل عليه	٨٨,١	٤,٠	١,٦	٦,٣	٣,٧٤	٠,٧٨
٢١	أتحدث عن مشكلة مرضي مــع العائلــة أو الأصدقاء	٩,٥	٢٣,٠	٣١,٧	٣٥,٧	٢,٠٦	٠,٩٩
	جميع الفقرات	٣٥,٧	١٢,٢	٢١,٢	٣٠,٩	٢,٥٣	٠,٥٧
	الاعتماد على الذات						
٢٢	أفضل أن أواجه مشكلة مرضي لوحدي	٢٧,٠	٣٦,٥	٣٠,٢	٦,٣	٣,٠٩	١,٠٤
٢٣	أحتفظ بمشاعري حول مشكلة مرضي لنفسي	٤٨,٤	٢٢,٢	١٩,٠	١٠,٣	٢,٨٤	٠,٩٠
٢٤	أبذل جهدا في التعامل مع أي مــشكلة مهمــا كانت صعوبتها	٣٠,٢	٢٥,٤	٣٠,٢	١٤,٣	٢,٧١	١,٠٥
	جميع الفقرات	٣٥,٢	٢٨,٠	٢٦,٥	١٠,٣	٢,٨٨	٠,٧١
	جميع فقرات مقياس جالويك	٢٣,٠	١٧,٣	٢٦,٥	١٠,٣	٢,٢٠	٠,٣١

يمثل الجدول رقم (١٨) استجابات المبحوثين من المرضى على مقياس جالويك للتغلب على المشاكل أو المصاعب التي تواجه الإنسان. فمن ناحية المواجهة، تبين أن (٤٠,٥%) غالبا ما ينظرون إلى مشكلة مرضهم بموضوعية ومن جميع النواحي، في حين أجاب (٢٣,٨%) بأن ذلك يحدث أحياناً، ونادراً (٢٦,٢%)، وأبداً (٩,٥%). وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات (٢,٩٥) بانحراف معياري مقداره (١,٠٣). مما يدل على وجود توجه عام لدى المرض يتمثل في قبول المرض ومواجهة حقيقته. هذا يظهر في إقبال المرضى المبحوثين على المعالجة بديال الدم وعدم تركهم العلاج.

أما عن البحث لمعرفة معلومات أكثر عن طبيعة مرضهم، فقد أجاب (١٥,٩%) بغالباً، وأحياناً (٧,٩%)، ونادراً (١٧,٥%)، وأبداً (٥٨,٧%). وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات (١,٨١) بانحراف معياري مقداره (١,١٣). فيظهر أن أكثر من نصف المرضى لا يبحثون أبدا عن معلومات تساعدهم على فهم وضعهم المرضي. هذا يرتبط أيضا بغياب واضح في البرامج التوعوية والتثقيفية الخاصة بمرضى فشل الكلى المزمن في كل من المستشفيين قبيل التشخيص، وأثنائه، وخلال تلقي المريض العلاج ليصبح الأمر مدعاة للقلق. فكما ذكر سابقا إن طبيعة مرض فشل الكلى المزمن تتطلب وعيا كافيا من قبل المريض للمساعدة في ضبط الأعراض المصاحبة للمرض، والتكيف مع التغيرات الجسدية والنفسية المختلفة التي يتعرض لها، وتحقيق أفضل نتائج للعلاج.

وفيما يتعلق بالتعامل مع ما يحدث لهم نتيجة مرضهم خطوة بخطوة، فقد أجاب (١٥,٩%) بغالباً، وأحياناً (٢٧%)، ونادراً (٢٠,٦%)، وأبداً (٣٦,٥%). وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات (٢,٢٢) بانحراف معياري مقداره (١,١١).

أما بالنسبة للفقرات المتعلقة بالانسحاب/ الهروب، فقد تبين أن (١١,٩%) غالباً ما يلومون شخص ما كونه السبب في إصابتهم بالمرض، في حين أجاب (٦,٣%) بأن ذلك يحدث أحيانـاً، ونادراً (٣,٢%)، وأبداً (٧٨,٦%). وقد بلغ الوسط الحـسابي للاسـتجابات (١,٥٢) بـانحراف معياري مقداره (١,٠٥). وتبين من المقابلات التي أجريت مع المرضى أن اللوم كان غالبا مـا يقع على الكادر الطبي المتابع لحالة المريض عند التشخيص وقبل البدء بالعلاج. كما اتضح مـن أن العديد من المرضى أصيبوا بفشل الكلى بسبب الأخطاء الطبية المترتبة على الخضوع لعمليـة جراحية، أو تناول دواء تسببت مضاعفاته الجانبية في إصابة المريض بفشل الكلى. وقـد صـب بعض المرضى لوهم على الزوج/الزوجة والعلاقات الأسرية الضاغطة.

وعن تجنب البقاء مع الناس، فقد أجـاب(٧,١%) بغالبـاً، وأحيانـاً(١٥,١%)، ونـادراً (٥,٦%)، وأبداً (٧٢,٢%). وقد بلغ الوسط الحسابي للاسـتجابات (١,٥٧) بـانحراف معيـاري مقداره (٠,٩٩). وبالنسبة لتمنيهم أن تنتهي مشكلة مرضهم، فقد أجاب (٦٥,٩%) بغالباً، وأحياناً (١٠,٣%)، ونادراً (٩,٥%)، وأبداً (١٤,٣%). وقد بلغ الوسط الحـسابي للاسـتجابات (٣,٢٨) بانحراف معياري مقداره (١,١٢). يشار إلى أن مرض فشل الكلى المزمن قد يتسبب في عيش الفرد في عزلة اجتماعية. كما أنه قد يدفعه إلى الشعور بالوحدة. فيكون انسحاب المريض ناتجـا عن فقدانه لقواه الجسدية وعدم قدرته على القيام بواجباته الاجتماعية كما في الـسابق. وتـساهم طبيعة العلاج، التي تسود على حياة المريض وتستحوذ على جل من وقته، سببا في عزلته. وقـد يساهم شعور المريض بالدونية وتدني تقديره لذاته سببا في تجنبه الاختلاط بالآخرين. ولكن قـد يأخذ المريض طواعية، وبعد إدراكه صعوبة التغيير في وضعه الصحي، خيار تجنب البقاء مـع الناس كأسلوب للتكيف مع مرضه.

وبالنسبة إلى النظرة الايجابية والتفاؤل، فقد تبين أن (٣١%) غالباً ما ينظرون بايجابيـة إلى الأمور على الرغم من مرضهم، في حين أجاب (٣٨,١%) بأن ذلك يحدث أحياناً، ونـادراً (٢٣,٨%)، وأبداً (٧,١%). وقد بلغ الوسط الحسابي للاسـتجابات (٢,٩٣) بـانحراف معيـاري مقداره (٠,٩١). وفيما يتعلق بمحاولتهم أن يكونوا مرحين، فقد أجاب (٢١,٤%) بغالباً، وأحيانـاً (٢٩,٤%)، ونادراً (٣٤,١%)، وأبداً (١٥,١%). وقد بلغ الوسط الحسابي للاسـتجابات (٢,٥٧) بانحراف معياري مقداره (٠,٩٩). وعن محاولتهم تسيير حياتهم على طبيعتها كما كانـت عليـه قبل إصابتهم بالمرض، كانت استجابات (٣٠,٢%) بغالباً، و(٢٠,٦%) أحيانا، و (٢٣%) نـادراً، و(٢٦,٢%) أبداً. وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات (٢,٥٥) بانحراف معياري مقداره (١,١٨). فيظهر من البيانات وجود توجه ايجابي لدى المرضى في التعامل مع مرضهم.

وفيما يتعلق بالتشاؤم، فقد تبين أن (١٥,٩%) غالباً ما يبدون استسلاما للوضع لأنه لـيس لديهم أمل، وأجاب (١٧,٥%) بأن ذلك يحدث أحياناً، ونادراً (١٧,٥%)، وأبداً (٤٩,٢%). وقـد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات (٢,٠٠) بانحراف معياري مقداره (١,١٥). هذا يؤكـد أيـضا التوجه الايجابي لدى المرضى، وتمسكهم بالتفاؤل على الرغم من مرضهم. الأمر الذي يقلل مـن فرص وقوعهم في الاكتئاب.

وعن قولهم بأن إصابتهم بالمرض هو مجرد سوء حظ، أجاب (١٠,٣%) بغالباً، وأحياناً (٧,١%)، ونادراً (١١,٩%)، وأبداً (٧٠,٦%). ويعود ارتفاع نسبة المرضى الذين رفضوا ربط إصابتهم بالمرض بسوء الحظ إلى الدوافع الدينية المتأصلة لدى المبحـوثين. حيـث أن غـالبيتهم أكدت أن المرض قضاء وقدر، أو ابتلاء من ا ومحنة يختبر فيها صبرهم وإيمانهم.

وبالنسبة لتوقعهم أن يحدث الأسوأ لهم، فقد أجاب (١١,١%) بغالباً، وأحياناً (٢٨,٦%)، ونادراً (١٩,٨%)، وأبداً (٤٠,٥%). وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات (٢,١٠) بانحراف معياري مقداره (١,٠٦).

أما عن التعبير عن المشاعر، فقد أجاب بغالباً ما نسبته (٢١,٤%) على أنهم يتضايقون وينفعلون بسبب مرضهم، وأجاب (٢٨,٦%) بأن ذلك يحدث أحياناً، ونادراً (٩,٥%)، وأبداً (٤٠,٥%). وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات (٢,٣١) بانحراف معياري مقداره (١,٢١).

وفيما يتعلق بلوم أنفسهم لإصابتهم بهذا المرض، فقد أجاب (٧,١%) بغالباً، وأحياناً (٤%)، ونادراً (٢,٤%)، وأبداً (٨٦,٥%). وقد عزى أولئك الذين أجابوا أكدوا لوم أنفسهم السبب إلى إهمالهم إتباع نظام غذائي سليم، ونمط حياة الصحي. فكان بعضهم يعاني من السمنة المفرطة قبل التشخيص بالمرض. هذا إضافة إلى إهمال البعض الآخر مراجعة الطبيب في الوقت المناسب، أو عدم التزامه بتناول العلاج.

وبالنسبة لعكس المرضى ضغوطاتهم النفسية على الآخرين، فقد أجاب (٥,٦%) بغالباً، وأحياناً (١٥,٩%)، ونادراً (١٥,١%)، وأبداً (٦٣,٥%). وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات (١,٦٣) بانحراف معياري مقداره (٠,٩٤).

وفيما يتعلق بأساليب التلطيف/ التخفيف، فقد أجاب بغالباً ما نسبته (١٨,٣%) بأنهم يقومون بأعمال يستمتعون بها مثل ممارسة الرياضية، القراءة...، وأجاب (٧,١%) بأن ذلك يحدث أحياناً، ونادراً (١١,٩%)، وأبداً (٦٢,٧%). وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات (١,٨١) بانحراف معياري مقداره (١,١٨). أما عن استخدام الأدوية المهدئة للحد من أثر الضغوطات التي يعانون منها، فقد نفى غالبية المرضى (٨٥,٧%) قطعيا استخدامهم لمثل هذه الأدوية، بينما أجاب (٤%) بغالباً، و استخدمها (٣,٢%) بين الحين والآخر، وكان استخدام

(٧,١%) لها بندرة. أما بالنسبة لأنواع هذه الأدوية المهدئة المستخدمة فقد أشار المرضى إلى أنها من نوع المسكنات التي توصف من قبل الطبيب لمساعدتهم على التغلب على الأرق، وقلة النوم، والقليل منها لضبط الأعصاب والسيطرة على نوبات الغضب التي يصاب بها البعض منهم.

وفيما يتعلق بالتدخين أكثر من المعتاد، فقد أجاب (٦,٣%) بغالباً، وأحياناً (٤%)، ونادراً (٠,٨%)، وأبداً (٨٨,٩%). وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات (١,٢٨) بانحراف معياري مقداره (٠,٨٢).

وبالنسبة للحصول على الدعم الاجتماعي، فقد أجاب بغالباً ما نسبته (٩,٥%) على أنهم يتحدثون عن مشكلة مرضهم مع أحد الأشخاص المختصين مثلا الطبيب، الممرض، الأخصائي الاجتماعي، رجل الدين..، بينما أجاب (٩,٥%) بأن ذلك يحدث أحياناً، وشكّل المرضى الذين يلجأون بندرة إلى استخدام وسيلة الدعم الاجتماعي (٣٠,٢%)، بينما نفى أكثر من نصف المرضى المبحوثين (٥٠,٨%) لجوؤهم إلى التحدث مع أي من الأشخاص المختصين لطلب الدعم وخاصة الطبيب والأخصائي الاجتماعي في أي من الأوقات. وهذا يعزى في أغلب الأحيان لغياب الفرصة التي تتيح للمريض التحدث إلى الطبيب الذي، وأثناء زيارته للمرضى، يكون غالبا على عجلة من أمره. هذا ما يظهر في المستشفى التخصصي. أما في مستشفى البشير، فانه لا تتوفر زيارات دورية للطبيب، يضاف إلى ذلك إلى غياب طبيب مناوب في وحدة غسيل الكلى هناك. أما عن الدور الداعم للأخصائي الاجتماعي، فتجدر الإشارة إلى عدم توفر أخصائي في وحدة غسيل الكلى في المستشفى التخصصي، في الوقت الذي تظهر فيه الحاجة الملحة لمثل هذا الحضور في ضوء الصعوبات والضغوطات النفسية التي يعانيها العديد من المرضى. أما في مستشفى البشير فان دور الأخصائية الاجتماعية غير مفعل كما يجب.

فهي بالإضافة إلى اختلاف تخصصها العلمي عن العمل الاجتماعي، لا تتـوفر لـديها أبـسط الإمكانات والوسائل التي تمكنها من التدخل، مثلا لا يوجد لدى الأخصائية الاجتماعيـة مكـان لاستقبال المرضى المراجعين، فيقتصر حديثها إليهم أثناء زيارتها لصالة الغسيل.

وعن الصلاة إلى ا والتوكل عليه، فقد أجاب (٨٨,١%) بغالباً، وأحياناً (٤%)، ونادراً (١,٦%)، وأبداً (٦,٣%). هذا يبين قوة العامل الديني لدى المرضـى المبحـوثين حيـث أن (٩٣,٧%) منهم يلجأ إلى التوكل على ا للتخفيف مما يعاني منه. وفيما يتعلق بالتحدث عـن مشكلة مرضهم مع العائلة أو الأصدقاء، فقد أجاب (٩,٥%) بغالباً، وأحيانـاً (٢٣%)، ونـادراً (٣١,٧%)، وأبداً (٣٥,٧%).

وفيما يتعلق بالاعتماد على الذات، فقد أجاب بغالباً ما نسبته (٢٧%) على أنهم يفضلون أن يواجهون مشكلة مرضهم لوحدهم، وأجاب (٣٦,٥%) بأن ذلـك يحـدث أحيانـاً، ونـادراً (٣٠,٢%)، وأبداً (٦,٣%). وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات (٣,٠٩) بـانحراف معيـاري مقداره (١,٠٤). وعن الاحتفاظ بمشاعرهم حول مشكلة مرضهم لأنفسهم، فقد أجاب (٤٨,٤%) بغالباً، وأحياناً (٢٢,٢%)، ونادراً (١٩%) ، وأبداً (١٠,٣%). وقـد بلـغ الوسـط الحـسابي للاستجابات (٢,٨٤) بانحراف معياري مقداره (٠,٩٠). وبالنسبة لبذل جهدا في التعامل مع أي مشكلة مهما كانت صعوبتها، فقـد أجـاب (٣٠,٢%) بغالبـاً، وأحيانـاً (٢٥,٤%)، ونـادراً (٣٠,٢%)، وأبداً (١٤,٣%). وقد بلغ الوسط الحسابي للاستجابات (٢,٧١) بانحراف معيـاري مقداره (١,٠٥).

جدول رقم (١٩)

خلاصة نتائج المقاييس الفرعية لمقياس جالويك للتغلب على المشاكل

المقياس الفرعي	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة
المواجهة	٢,٣٣	٠,٨٧	٤
الانسحاب/الهروب	٢,١٢	٠,٧٣	٥
النظرة الايجابية والتفاؤل	٢,٦٨	٠,٨٢	٢
التشاؤم	١,٨٩	٠,٧٥	٦
التعبير عن المشاعر	١,٧٥	٠,٦٧	٧
التلطيف/التخفيف	١,٤٥	٠,٥٦	٨
الحصول على الدعم الاجتماعي	٢,٥٣	٠,٥٧	٣
الاعتماد على الذات	٢,٨٨	٠,٧١	١
جميع فقرات مقياس جالويك	٢,٢٠	٠,٣١	

ومما سبق يتضح أن متوسط الاستجابات على المقاييس الفرعية لمقياس جالويك جاءت مرتبة تنازليا من الأعلى إلى الأدنى على النحو التالي: الاعتماد على الذات، النظرة الايجابية والتفاؤل، الحصول على الدعم الاجتماعي، المواجهة، الانسحاب/الهروب، التشاؤم، التعبير عن المشاعر، والتسكين/ التخفيف.

وبذلك يظهر أن المرضى المبحوثين يميلون إلى استخدام أساليب الاعتماد على الذات أولا لمواجهة وضعهم المرضي والتكيف معه، ومن ثم أساليب التكيف المرتكزة على النظرة الايجابية والتفاؤل، يليها أساليب الحصول على الدعم الاجتماعي، والمواجهة، ثم الانسحاب والهروب، والتشاؤم، والتعبير عن مشاعرهم حيال مرضهم والصعوبات التي يواجهونها، ويتجهون أخيرا إلى استخدام أساليب ووسائل التلطيف والتخفيف. هذا يؤكد استخدام غالبية المرضى المبحوثين إلى أساليب تكيف متنوعة تمركزت حول التعامل المشكلة (Probelm- Focused Approach) مثل تعلم مهارات جديدة، تغيير نمط الحياة، إيجاد طرق

بديلة تشكل مصدر سرور ورضا لهم...الخ، ووسائل أخرى ركزت على التعامل مـع العواطـف الناجمة عن خبرة المرض (Emotion-Focused Approach) مثل التضايق والانفعال، التحدث إلى الآخرين، الصلاة، وغيرها.

الفصل السادس
الاستنتاجات والتوصيات

٦-١ ملخص نتائج الدراسة

أولا: النتائج المتعلقة بالخصائص الديمغرافية، والاجتماعية، والاقتصادية للمبحوثين من مرضى ديال الدم

من حيث النوع الاجتماعي بلغت نسبة الإناث (٥٥,٦%) فيما شكل الذكور (٤٤,٤%). أما فيما يتعلق بأعمار المبحوثين، فقد تبين أن معظم المرضى (٤١،٣%) هم من فئة كبار السن (٦٠) عاما فأكبر، يليها الأشخاص من الفئة العمرية (٤٠-٤٩) سنة (١٧,٥%)، و الفئة العمرية (٥٠-٥٩) سنة (١٥,٩%) . بينما تراوحت أعمار (١٣,٥%) من المرضى المبحوثين بين (٣٠-٣٩) سنة، وقلت أعمار (١١,٩%) عن (٣٠) سنة. وهذا يتفق مع المسح الشامل الذي أجراه التكروري وحمزة وصويص (Takruri, Hamzeh and Sweiss, 1995) لمرضى ديال الدم في الأردن، ودراسة عبدا وزملائه (Abdullah et al., 2007) والتي أكدت أن غالبية المرضى الخاضعين للعلاج بديال الدم كانت ضمن الفئات العمرية ما بين (٤٠) و (٦٠) عاما فأكبر. هذا ينسجم أيضا والاتجاه العام لانتشار مرضى فشل الكلى المزمن في العالم. حيث تؤكد دراسات كل من (Davison, Logan, 2006; Moeller et al., 2002; Riopelle, 2005; 2007) أن مرض فشل الكلى المزمن أعلى انتشارا بين فئة كبار السن ممن يبلغون (٦٠) سنة فأكبر وأن هذه الفئة هي الأكثر عرضة للإصابة بالمرض مقارنة بالفئات العمرية الأصغر.

أما بالنسبة إلى الحالة الاجتماعية فقد كانت نسبة المتزوجين من المرضى الأعلى تمثـيلا حيث وصلت إلى أكثر من النصف، بينما شـكل العـزاب (١٨,٣%) وبلغـت نـسبة المطلقـين (٢,٤%)، والأرامل (١٤,٣%). وفيما يخص الحالة التعليمية تبين أن (١٠,٣%) من المبحـوثين هم من الأميين، وأن غالبية المرضى (٤١,٣%) هم من ذوي التعليم الأساسي. بينما بلغت نـسبة حملة الثانوية (٢٦,٢%)، ودبلوم كليات المجتمـع (٧,١%)، فـي حـين كـان (١٥,١%) مـن المبحوثين من حملة الشهادة الجامعية.

وبينت نتائج الدراسة حول سكن المبحوثين تدني نسب المرضى الذين يـسكنون وحـدهم (٤,٨%) أو مع آخرين من غير أفراد الأسرة (٥,٦%). أما غالبية المرضى فيسكنون مع الأسرة. وفيما يتعلق بعمل المرضى المبحوثين، فقـد تبـين أن (٨٤,١%) مـنهم لا يعملـون، ويـشكل المتقاعدون ما نسبته (١٤,٣%) منهم. بينما تتدنى نسبة المرضى العاملين ليشكلوا فقط ما نـسبته (١٥,٩%)، يخدم (٨٠%) منهم في القطاع الخاص. كما وأظهرت النتائج أيضا تقـارب نـسبة العاملين بدوام كامل (٤٥%) مع أولئك الذين يعملون بدوام جزئي (٥٥%). وهـذا يتفـق مـع دراسة بطيحة وآخرين (Batieha et al., 2007) التي أظهرت أبـرز نتائجهـا ارتفـاع نـسبة المرضى العاطلين عن العمل (٨٦,٨%).

أما عن الدخول الشهرية لأسر المبحوثين فتظهر النتائج أن غالبية المرضـى المبحـوثين (٧٥,٥%) يقل متوسط دخل أسرهم عن (٥٠٠) دينار، في حين يشكل الذين تزيد دخول أسـرهم عن (٥٠٠) دينار فأكثر شهريا ما نسبته (٢٤,٥%). وبذلك فأن غالبية المرضى ينتمون لأسـر تقبع تحت خط الفقر، هذا ينسجم ونتائج دراسة بطيحة وآخرين (Ibid, 2007) التـي بينـت أن (٩٢%) من المرضى المبحوثين يعانون من الفقر.

ثانيا: النتائج المتعلقة بالخصائص المرضية والعلاجية لمرضى ديال الدم

فيما يتعلق بمدة تلقي العلاج بديال الدم بينت النتـائج أن أكثـر مـن نـصف المرضـى المبحوثين (٦٥,١%) يتلقون العلاج منذ ثلاث سنوات فأكثر، بينما يحضر الغالبية العظمى مـنهم إلى جلسات غسيل الكلية ثلاث مرات أسبوعيا، في حين يصل معدل جلسة الغسيل الواحدة لحوالي نصف المرضى المبحوثين (٥٣,٢%) (٣,٥) ساعة.

أما نتائج الدراسة حول أسباب الإصابة بمرض فشل الكلى المزمن فقد كانت متوافقـة و دراسة عبدا وزملائه (Abdallah el al., 2007) التي كشفت عن الدور الذي يلعبه مـرض السكري كمسبب رئيسي للإصابة بالمرض ووصوله الى مراحله النهائية. وقد أظهرت الدراسـة الحالية التزامن الكبير للسكري، وارتفاع ضغط الدم، وأمراض القلب لدى العديد مـن المرضـى المبحوثين. وبينت النتائج أن أسباب الإصابة بمرض فشل الكلى المزمن لـدى المبحـوثين قـد جاءت مرتبة تنازليا وفق أهميتها على النحو التالي: ارتفاع ضغط الدم، السكري، أمراض تكـيس الكليتين، التهاب حبيبات الكليتين المزمن، وأمراض القلب.

وفيما يتعلق بتغطية نفقات العلاج بديال الدم، فقد تبين أن لا أحد مـن المبحـوثين يقـوم بتغطية علاجه على نفقته الخاصة. فتظهر البيانات أن أكثر من نصف المرضى المبحوثين يـتم تغطية نفقات علاجهم عن طريق صندوق مرضى الكلى التابع لوزارة الصحة، وأن أكثر من ربع المبحوثين تغطى نفقاتهم عن طريق التأمين الصحي المدني، بينما يغطي التأمين الخاص والديوان الملكي، وتأمين غير القادرين مجتمعين نفقات ما نسبته (١٧,٥%) منهم. هذا ويتم تغطية نفقـات علاج الغسيل بشكل كامل لـ (٩٢,٩%) من المرضى عن طريق التأمين. في حين يغطي التأمين بشكل جزئي علاج (٧,١%) منهم، ويساهم هؤلاء في تغطية المتبقي من التكاليف ولكـن بنـسبة ضئيلة لا تتجاوز (٢٥%) من إجمالي التكلفة. هذا يشير إلى أن الحكومـة فـي الأردن تـشكل

المصدر الأول لتغطية تكاليف علاج ديال الدم وهذا يتوافق مع ما أكدت عليـه دراسـة عبـدا وزملائه (Abdallah, et al., 2007) حول تحمل الحكومة في الأردن لكافة نفقات العلاج لجميع المرضى المصابين بفشل الكلى المزمن.

ثالثا: النتائج المتعلقة بالضغوطات التي يتعرض لها مرضى ديال الدم

كشفت نتائج الدراسة عن أن الضغوطات التي يتعرض لها مرضى ديال الدم جاءت مرتبة تنازليا حسب شدتها من الأعلى إلى الأدنى على النحو التالي: الضغوطات الجسدية، الـضغوطات المتعلقة بنمط الحياة، الضغوطات النفسية، الضغوطات المتعلقة بالأسـرة، وأخيـرا الـضغوطات المرتبطة بالمعالجة الطبية. ولم تظهر النتائج وجود فروق ذات دلالة إحـصائية بـين مكونـات الضغوطات مجتمعة وأي من المتغيرات المتعلقة بالخصائص الاجتماعية والاقتصادية للمبحوثين.

أما بالنسبة لنتائج مكونات الضغوطات الخمس منفردة فقد جاءت على النحو الآتي:

١. الضغوطات الجسدية

بينت نتائج الدراسة أن الشعور بالإعياء و بالتعـ ـ ـب والآم العـضلات شـكلت أكثـر الضغوطات الجسدية تحديا بالنسبة للمرضى المبحوثين وتأثيرا على حياتهم. ويأتي هذا متوافقـا مع أفضت إليه دراسة لوجن وآخـرين (Logan, Pelletier-Hibber and Hodgins, 2006)، ودراسة بالدري وزملائه (Baldree et al., 1982) والتي أظهرت أن الإعياء كمـا التـشنجات العضلية تبقى الأكثر شدة، وتأثيرا بين الضغوطات الجسدية التي يعاني منها مرضى ديال الـدم. واختلفت هذه النتائج وما أفضت إليه دراسـة الحمرانـي وبـلال (Al Homrany and Bilal, 2001) التي كشفت عن أن الحكة أكثر الأعراض الجسدية التي يتضايق منها المرضى.

كما ودلت نتائج الدراسة على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مكون الضغوطات الجسدية تعود لنوع المبحوث، حيث تبين أن الإناث يعانين من ضغوطات جسدية أكثر من الذكور. وفيما يتعلق بصلة المبحوثين بالعمل، تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مكون الضغوطات الجسدية تعود لصلة المبحوثين بالعمل، حيث تبين أن الذين لا يعملون يعانون من ضغوطات جسدية أكثر من العاملين، الأمر الذي يكشف أهمية العمل في حياة الإنسان، ويبرز قيم العمل لدى الأشخاص.

وأظهرت النتائج وجود فروق في الضغوطات الجسدية التي يعاني منها المبحوثون تعود لحالتهم الزواجية. فقد كشفت الدراسة أن المطلقين يتعرضون لأكبر درجة من الضغوطات الجسدية، فيما العزاب اقلهم معاناة من تلك الضغوطات. وبينت أيضا وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الضغوطات الجسدية التي يعاني منها المبحوثون تعود لأعمارهم، حيث أظهرت النتائج تعرض كبار السن (٦٠) سنة فأكبر، للضغوطات الجسدية أكثر من باقي الفئات العمرية، فيما تدنى تأثير الضغوطات الجسدية على المرضى الذين تقل أعمارهم عن (٣٠) سنة.

٢. الضغوطات المتعلقة بالمعالجة الطبية

كشفت نتائج الدراسة حول الضغوطات المتعلقة بالمعالجة الطبية أن طول وقت جلسة العلاج بديال الدم، والاعتماد على الآلة التعويضية يشكلان أكثر الضغوطات تحديا فيما يتعلق بطبيعة العلاج التي يخضع لها المرضى. بينما كان وجود القسطرة التحويلية الخارجية أو الداخلية، والتنقل من والى وحدة غسيل الكلى، وتعارض مواعيد جلسات الغسيل مع العمل، ونقص الإمكانات في وحدة غسيل الكلية الصناعية، تعامل الكادر الطبي مع المرضى أقل تأثيرا على حياتهم.

وقد أظهرت النتائج جود فروق ذات دلالة إحصائية في مكون ضغوطات المعالجة الطبية تعود لصلة المبحوثين بالعمل، حيث تبين أن الذين يعملون يعانون من ضغوطات المعالجة الطبية أكثر من الذين لا يعملون ، وقد يعود ذلك لتعارض جلسات الغسيل مع مواعيد العمل خـصوصا في ضوء طول وقت الجلسة. كما وأكدت النتائج وجود فروق دالة إحصائيا تعود إلـى أعمـار المبحوثين، فتبين أن المرضى الذين تقل أعمارهم عن (٣٠) سنة هم أكثر معاناة من ضـغوطات المعالجة الطبية. ولم تكشف الدراسة عن وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين شدة الـضغوطات المتعلقة بالمعالجة الطبية وكل من متغيرات النوع الاجتماعي، الحالة الزواجية، الحالة التعليميـة. وهذا يأتي متوافقا مع الدراسة التي قام بها موك وتام (Mok and Tam, 2001) والتي أظهرت وجود عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين شدة الضغوطات التي يتعرض لها مرضى ديال الدم وكل هذه المتغيرات.

٣. الضغوطات المتعلقة بالأسرة

ساهمت الدراسة في الكشف عن أبرز الضغوطات التي يتعرض لها مرضى ديـال الـدم والمتعلقة بعلاقاتهم وحياتهم الأسرية وكان أبرزها التأثير السلبي على الحيـاة الاجتماعيـة وقلـة الاختلاط بالناس (٤٩,٢%)، يليها الاعتماد على الأبناء في تدبير أمور حياتهم (١٩%) ، ثم تبادل الدور العائلي مع الزوج/ـة (١٥,٨%)، وأخيرا انخفاض القدرة على الإنجاب (٣,٢%). وجاءت هذه النتيجة موافقة لما توصلت إليـه دراسـتا (Logan, Pelletier-Hibber and Hodgins, 2006) وهارجن وزملائه (Hargen et al., 2001) اللتين أكدتا على التـأثير الـسلبي الكبيـر للمرض على النشاطات الاجتماعية للمرضى، والألم النفسي الناجم عنها. هذا إضافة إلى تبيان ما

يتسبب به فقدان المريض لحريته واعتماده على أفراد أسرته من عرقلة لحياته الزوجية والعائليـة والاجتماعية.

٤. الضغوطات النفسية

أما بالنسبة للضغوطات النفسية التي يعاني منها مرضى ديال الدم والناجمة عن عدم قدرة المريض على إشباع حاجاته الجسدية الأساسية. فقد بينت الدراسة أن أكثر ما يعاني منه المرضى المبحوثون (٥٨%) هو الحد من كمية شرب السوائل . وقد توافقت هذه مع نتائج دراسات كل من (Kaba et al., 2007) و(Logan, Pelletier-Hibber and Hodgins, 2006) و (Baldree et al., 1982). كما جاءت الضغوطات المتعلقة بالتقيد بالحمية الغذائية في المرتبة الثالثة وفـق أهميتها (٣٩,٧%) من حيث التأثير على حياة المرضى وذلك بعد الضغوطات التي يسببها التغيـر في المظهر الخارجي (الجسدي) للمريض (٥٤,٨%). هذا قد يرتبط أيضا بالعامل الثقـافي ومـا يأخذه الطعام والشراب من معنى وبعد اجتماعي في حياة الأفراد في الأردن. وهذا ينسجم مع مـا توصلت إليها دراسة (Kaba et al., 2007) التي أكدت على الدور المهم الـذي يلعبـه العامـل الثقافي في تحديد شدة الضغوطات المترتبة على التزام المريض بالحمية الغذائية، وما لهـا مـن انعكاسات على الحياة الاجتماعية له. أما عن النظرة السلبية للمجتمع فقد كانت أقل أهميـة فـي ترتيب الضغوطات النفسية من حيث أثرها على المرضى، تلاها انخفاض القدرة الجنسية والخوف من الموت والتي كانت أقل الضغوطات النفسية مضايقة للمرضى.

وأظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة دالة إحصائية في الضغوطات النفسية التـي يعـاني منها المبحوثون تعود لأعمارهم. فقد تبين أن المرضى ممن تقل أعمارهم عن (٣٠) سـنة هـم

الأكثر بين الفئات العمرية معاناة من الضغوطات النفسية. الأمر الذي يؤكد الدور الذي يلعبه السن كعامل مؤثر في اختبار المريض لمعنى المرض الذي يرتبط أيضا بدورة الحياة لدى الفرد.

٥. الضغوطات المتعلقة بنمط الحياة

وكشفت نتائج الدراسة أيضا عن أهم الضغوطات التي يعاني منها المرضى والمرتبطة بالتغير الذي يصيب حياتهم. وقد شكل عدم قدرة المريض على ممارسة نشاطاته اليومية كما في السابق أكثر هذه الضغوطات تحديا بالنسبة للمرضى يليه فقدان الاستقلالية. وكان شعور المريض بغموض المستقبل وانعدام الأمان المادي المرتبط بفقدان العمل قد شكلا أقل هذه الضغوطات تحديا بالنسبة للمرضى المبحوثين. وأشارت النتائج أيضا إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مكون الضغوطات المتعلقة بنمط الحياة تعود لنوع المبحوث. فقد تبين أن الذكور يعانون من الضغوطات الناتجة عن التغير في نمط الحياة أكثر من الإناث. وكشفت النتائج أيضا عن وجود علاقة دالة إحصائية تعود لصلة المبحوثين بالعمل، حيث تبين أن الذين لا يعملون يعانون من الضغوطات المرتبطة بتغير نمط الحياة أكثر من العاملين منهم.

رابعا: النتائج المتعلقة بأساليب التكيف التي يستخدمها مرضى ديال الدم

وبينت نتائج الدراسة الحالية تنوع أساليب التكيف التي يستخدمها مرضى ديال الدم في التعامل مع مرضهم والتي تأتي ضمن صنفين رئيسين: الوسائل المرتكزة حول المشكلة (Probelm- Focused Approach) والتي تضمنت تعلم مهارات جديدة، تغيير نمط الحياة، إيجاد طرق بديلة تشكل مصدر سرور ورضا لهم...الخ، والوسائل المرتكزة على العاطفة (Emotion-Focused Approach) مثل التضايق والانفعال، التحدث إلى الآخرين، الصلاة، وغيرها. وهذا ينسجم ودراسة بيرنز (Bruns, 2004) التي أشارت إلى استخدام المرضى

لوسائل متنوعة للتعامل مع الضغوطات الناجمة عن المرض. كما أظهرت النتـائج أن التوجـه الأكبر لدى المرضى المبحوثين تمثل في استخدامهم أساليب التكيف المرتكزة حول التعامـل مـع المشكلة أكثر منه في استخدامهم أساليب الانسحاب والهروب. فقد كانت أساليب الاعتمـاد علـى الذات الأكثر استخداما من قبلهم، تلتها أساليب التكيف المرتكزة على النظرة الايجابية والتفاؤل، ثم أساليب الحصول على الدعم الاجتماعي، فأساليب المواجهة. هذا يتوافق ودارسة بالدري وآخرون (Baldree et al., 1982) التي أظهر فيها المرضى استخداما أكبر لأساليب التفـاؤل، والـتحكم بالحالة المرضية، حيث أظهروا في ذات الوقت استخداما – وان بنسب أقـل- لوسـائل التكيـف المعتمدة على الانسحاب والهروب، والتشاؤم، إضافة إلى الأساليب العاطفية من خلال التعبير عن مشاعرهم حيال مرضهم والصعوبات التي يواجهونها، وأخيرا أساليب ووسائل التلطيف والتخفيف.

ومن النتائج الهامة التي توصلت إليها الدراسة الحالية ظهور أثر العامل الديني في حيـاة مرضى ديال الدم، وفي إدارتهم للضغوطات الناجمة عن مرضـهم. فقـد أكـد (٨٨,١%) مـن المرضى المبحوثين في استجاباتهم أنهم يلجأون إلى الصلاة والاتكـال علـى ا للتخفيـف مـن معاناتهم والتكيف مع وضعهم المرضي. فكانت هذه الوسيلة الأكثر -بين جميع وسـائل التكيـف المختلفة مجتمعة -استخدما من قبل المرضى. وجاءت هذه النتيجة متوافقة مع ما أبـرزه مـوك وتام (Mok and Tam, 2001) في دراستهما حول مرضى ديال الدم في مدينة هـونج كـونج والتي بينا فيها تأثر المرضى في إدارتهم للضغوطات الناجمة عن المرض، والتكيف معها، مـن خلال اللجوء الى التقاليد والفلسفات الصينية مثل الكنفوشية، والبودية وغيرها.

٦-٢ ربط الدراسة بالأبحاث المستقبلية

انصب اهتمام الدراسة على التعرف إلى الضغوطات التي تواجه مرضى فشل الكلى المزمن الذين يعالجون عن طريق ديال الدم وأساليب التكيف لديهم. ولم تشمل الدراسة مرضى الديال البيرتوني مما يستحق البحث والدراسة في أوضاعهم أيضا. وقد استثني من المرضى المبحوثين الأطفال ممن لم تتجاوز أعمارهم الثامنة عشرة سنة. هذا يشكل أيضا مجالا هاما للبحث وتفحص الأوضاع الاجتماعية والنفسية لهم ولأسرهم. كما تبقى العديد من الجوانب التي لم تتناولها هذه الدراسة وتشكل موضوعات خصبة لأبحاث مستقبلية. فقد خصصت الدراسة جزءا تناولت فيه الخصائص الديمغرافية، الاقتصادية للمبحوثين والمتغيرات المرتبطة بالمعالجة الطبية ولكنها لم تدرس العلاقة بين هذه المتغيرات واستخدام المريض لأسلوب من أساليب التكيف دون آخر. ويمكن أيضا للمهتمين البحث في الخصائص الشخصية للمرضى وأثرها على اختيار المريض لأساليب التكيف المختلفة. ويعد قياس تكيف المرضى مع الضغوطات التي يواجهونها، ومدى توافقهم مع وضعهم المرضي من الجوانب الهامة التي تستحق الدراسة المعمقة. ومن المواضيع التي تهم القطاع الصحي أيضا دراسة أثر التوافق النفسي والاجتماعي للمريض على تقدمه في العلاج. مثل هذه الدراسات تشكل مساهمة معرفية هامة يحتاجها الأخصائي الاجتماعي من أجل تطوير استراتيجيات تدخل تتناسب وأعمار المرضى وأوضاعهم المختلفة، مما يدفع إلى تحقيق الرعاية الصحية المنشودة الضامنة لنوعية حياة أفضل للمرضى.

٦-٣ التوصيات

إن طبيعة مرض فشل الكلى المزمن، والعجز الذي يتسبب به للمريض، وانعكاساته على الأسرة تستدعي وجود أنظمة دعم ورعاية متطورة تعمل على تأهيل المريض بهدف الحد من

الخسائر المادية، والمعنوية التي يتسبب بها المرض على مستوى الفرد والمجتمع. هـذا التوجـه يدعم التوسع الكبير في توفير خدمة العلاج بديال الدم للمرضى المصابين بفشل الكلى المزمن في الأردن، والذي أخذ يضع أعباء مالية جسيمة على كاهل القطاع الصحي والدولة خـلال العقـد المنصرم.

لذا فأن الدراسة توصي بالآتي:

- رفع الوعي العام حول مسببات مرض فشل الكلى المزمن وخاصـة مـرض الـسكري وارتفاع ضغط الدم والتي تعد مسببا رئيسا للإصابة بمرض فشل الكلى المزمن فـي الأردن. هذا يتطلب تكاتف جهود الجهات المختصة ووسائل الإعلام المختلفة.

- تشجيع القيام بالأبحاث والدراسات العلمية التي ترصد تطور مرض فشل الكلـى، وتـضع استراتيجيات للسيطرة عليه.

- تعزيز التعاون والتشبيك بين الجهات المختصة بمتابعة شؤون مرضى فشل الكلى المزمن بما فيها السجل الوطني لمرضى الكلى، وجمعية مرضى الكلى الأردنية، وجمعيـة أصـدقاء مرضى الكلى، والقطاع الصحي بشكل عام وخاصة وحدات غسيل الكلى، وإنشاء نظام إحالة لاستقبال وتوجيه الحالات ومتابعتها.

- تقديم الرعاية الأولية (Primary Care) من خلال الفريق المختص للمـريض وأسـرته حال تشخيصه بالإصابة بمرض فشل الكلى المزمن.

- تعزيز الإشراف الطبي في وحدات غسيل الكلى والمتمثل بإقامة طبيب مخـتص منـاوب يرعى شؤون المرضى ويقدم لهم المشورة والنصح خلال جلسات الغسيل.

- الرقي بأوضاع وحدة غسيل الكلى وتوفير وسائل الراحة الأساسية والكافية لمرضى ديال الدم الذين يقضون وقتا طويلا أثناء جلسة العلاج.

- تبني الفلسفة الشمولية في تأهيل مرضى فشل الكلى المـزمن لتـشمل الجانـب الطبـي والاجتماعي، والنفسي للمريض والتي تتطلب تشكيل فريق مختص يعمل على متابعة شـؤون المرضى بمن فيهم: الأخصائيون الاجتماعيون من ذوي الكفاءة والاختـصاص، وأخـصائيو التغذية، والمرشدون النفسيون. فالهدف الرئيسي للرعاية الصحية لمريض فشل الكلى المزمن لا يمكن أن يقتصر على المعالجة الفسيولوجية للمرض وأعراضه، بل يجب أن تكون عمليـة الرعاية شمولية، ومستمرة للسيطرة على المرض وتداعياته، وتمكين المريض من توظيـف أقصى إمكانياته الجسدية، والنفسية، والاجتماعية ليتسنى له الاستمرار في حياته.

- تدعيم أنظمة الدعم والرعاية الاجتماعية في الأردن لتقديم الاجتماعية والنفـسية اللازمـة للمرضى وأسرهم.

- العمل على تمكين مرضى ديال الدم من الذين فقدوا وظائفهم بسبب المرض إلى العـودة إلى عملهم من خلال مناصرتهم لدى أصحاب العمل.

قائمة المراجع

أولا: المراجع باللغة العربية

- التميمي، أمينة، (٢٠٠٦). **فاعلية التدريب على استراتيجيات التكيـف فـي خفـض القلـق والاكتئاب وتحسين مستوى التكيف النفسي لمرضى الفشل الكلوي المزمن**. رسالة دكتوراة غير منشورة. الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

- التميمي، أمينة، (٢٠٠٣). **التكيف النفسي لمرضى الفشل الكلوي المـزمن حـول التنقيـة الدموية**. رسالة ماجستير غير منشورة. الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

- الفرخ، كاملة، (١٩٨٩). **مدى فاعلية برنامج إرشادي للتوافـق النفـسي لمرضـى القلـب والسرطان**. رسالة دكتوراة، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر.

- الفيتوري، محمد، (١٩٩٨). **الفشل الكلوي والكلية الصناعية**. بيروت، لبنان: دار الجيل.

- العناني، حنان، (٢٠٠٥). **الصحة النفسية**. عمان: دار الفكر.

- الهابط، محمد، (١٩٨٥). **التكيف والصحة النفسية**. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

- أبو السندس، شادية، (٢٠٠٢). **التكيف النفسي الاجتماعي لدى الأطفال المصابين باللوكيميـا وأسرهم**. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

- بشير، إقبال وعثمان، سلوى، (١٩٨٦). **الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية فـي المجـال الطبي**. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

- حتي، يوسف، (١٩٩٦). **قاموس حتّـي الطبي الجديد**. بيروت، لبنان: المكتبة اللبنانية.

- حداد، علي، (١٩٨١). **أمراض الكليتين**. كلية الطب جامعة حلب، سوريا: مديرية الكتب والمطبوعات الجامعية.

- دائرة الإحصاءات العامة في المملكة الأردنية الهاشمية (شباط ، ٢٠٠٩). **التقرير التحليلي للنتائج السنوية لمسح العمالة والبطالة**. عمان، الأردن.

- سيلامي، نوربير،(٢٠٠١). **المعجم الموسوعي في علم النفس**. ترجمة وجيه أسعد. سوريا، دمشق: منشورات وزارة الثقافة.

- شاذلي، عبد الحميد، (١٩٩٩). **الصحة النفسية وسيكولوجيا الشخصية**. الإسكندرية، مصر: المكتب العلمي للكمبيوتر.

- صويص، أنديرا، (١٩٩٢). **دراسة لمرضى ديال الدم وأثر التثقيف التغذوي على الوضع التغذوي لعينة مختارة منهم في الأردن**. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية،عمان، الأردن.

- غباري، محمد، (٢٠٠٣). **أدوار الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي**. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

- غرايبة، فيصل، (٢٠٠٨). **الخدمة الاجتماعية الطبية: العمل الاجتماعي من أجل صحة الإنسان**. عمان: دار وائل للنشر.

- غيث، محمد، (محرر) (١٩٧٩). **قاموس علم الاجتماع**. القاهرة: الهيئة المصرية للكتاب.

- مان، ميشيل، (محرر) (١٩٩٤). **موسوعة العلوم الاجتماعية**. ترجمة عادل الهواري و سعد مصلوح. الكويت: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.

ثانيا: المراجع باللغة الانجليزية

- Abdalla, S., (1999). **The Socio-demographic Characteristics and Disease Pattern of Patient Undergoing Dialysis in Al-Bashir hospital Amman, Jordan 1998**. Unpublished Thesis. Jordan University of Science and Technology, Irbid, Jordan.
- Abdalla, S., et al., (2007). Diabetes Mellitus: the Leading Cause of Hemodialysis in Jordan. **Eastern Mediterranean Health Journal**. 13(4): 803-808.
- Al-Homrany, M. and Bilal, A., (2001). Psycho-social Features of Chronic Dialysis Patients in Saudi Arabia: Experience of One Center. **Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation**. 12(2): 164-171.
- Antonovsky, A., (1982). **Health, Stress and Coping**. San Francisco, CA: Jossey Bass Publishers.
- Asti, T., et al., (2006). The Experiences of Loneliness, Depression and Social Support of Turkish Patients with Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis and Their Caregivers. **Journal of Clinical Nursing**. 15: 490-497.
- Bakr, A. et al., (2007). Psychiatric Disorders in Children with Chronic Renal Failure. **Pediatric Nephrology**. 22(1): 128-131.
- Baldree, K.; Murphy S.; and Powers M., (1982). Stress Identification and Coping Patterns in Patients on Hemodialysis. **Nursing Research**. 31(2): 107-112.
- Bamgboye, E. (2003). Hemodialysis: Management Problems in Developing Countries, with Nigeria as Surrogate. **Kidney International**. 63 (Supplement 83): S93-S95.
- Barsoum, R. (2002). End-stage Renal Disease in the Developing World. **Artificial Organs**. 26(9): 735-736.
- Batieha, A. et al., (2007). Epidemiology and Cost of Haemodialysis in Jordan. **Eastern Mediterranean Health Journal**. 13(3): 654-663.

- Beder, J., (2008). Evaluation Research on Social Work Interventions: A Study on the Impact of Social Worker Staffing. **Social Work in Health Care**. 47(1): 1-13.

- Bess, C., "Teaching the Patient about End Stage Renal Disease". Lancaster, L., (ed.), (1979). **The Patient with End-stage Renal Disease**. Toronto, ON: Wiley Medical Publications.

- Bishay, M., (1974). **Bishay's New Illustrated Medical Dictionary**. Cairo: The Anglo-Egyptian Bookshop.

- Blake, C. and Courts, N (1996). Coping Strategies and Styles of Hemodialysis Patients by Gender. **American Nephrology Nurses' Association Journal**. 23: 477-507.

- Bruno, E. (1999). The Dark Side of the Moon: How Clients face Dialysis. **European Dialysis and Transplant Nurses Association/ European Renal Care Association Journal**. 25(3): 15-18.

- Burns, D., (2004). Physical and Psychosocial Adaptation of Blacks on Hemodialysis. **Applied Nursing Research**. 17(2): 116-124.

- Campbell, C., et al. "Social Work Practice in A Multi-disciplinary Physical Rehabilitation Setting". Holosko, M. and Taylor, P., (ed.'s.). (1994). **Social Work Practice in Health Care Settings**. Toronto, ON: Canadian Scholar's Press.

- Chamney, M., (2007). Renal Care: Six Essentials for Hemodialysis Patient. **British Journal of Nursing**. 16(9): 530-536.

- Chan, C. et al., (2007). Palliative Care for Patients with End-stage Renal Disease: Experiences from Hong Kong. **International Journal of Palliative Nursing.** 13(7): 310-314.

- Conway, V., and Terry, D., (1992). Appraised Controllability as a Moderator of the Effectiveness of Different Coping Strategies: a Test of the Goodness of Fit Hypothesis. **Australian Journal of Psychology**. 44(1): 1-7.

- Corcoran, K. and Fischer, J., (2000). **Measures for Clinical Practice: A Source Book**. New York, NY: The Free Press.

- Curtis, J. and Williams, G., (1975). **Clinical Management of Chronic Renal Failure**. London: Blackwell Scientific Publications.

- Davison, S., (2007). Chronic Kidney Disease: Psychosocial Impact of Chronic Pain. **Geriatrics**. 62(2): 17-23.

- Daugirdas, J.; Blake, P. and Ing, T., (2001). **Hand Book of Dialysis**. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins.

- Dhooper, S., (1997). **Social Work in Health Care in the 21st Century**. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

- Dobrof, J., (2001). Dialysis Patient Characteristics and Outcomes: The Complexity of Social Work Practice with the End Stage Renal Disease Population. **Social Work in Health Care.** 33(3/4): 105-128.

- Eccard, M. "Psychosocial Aspects of End Stage Renal Disease" in Lancaster, L., (ed.) (1979). **The Patient with End Stage Renal Disease.** New York, NY: Wiley Medical Publication.

- Eiam-Ong, S., and Sitprija, V., (2002). Comorbidities in Patients with End-stage Renal Disease in Developing Countries. **Artificial Organs**. 26(9): 753-756.

- El Nahas, M. and Bello, A., (2005). Chronic Kidney Disease: the Global Challenge. **Lancet**. 365(9456): 331-340.

- Erickson, R., and G., " An Overview of Social Work Practice In Health Care Settings" in Holosko, M., and Taylor, P., (ed.'s) (1994). **Social Work Practice in Health Care Settings**. Toronto, ON: Canadian Scholar's Press.

- Fain, J., (2004). **Reading, Understanding and Applying Nursing Research**. Philadelphia, PA: F.A. Davis Company.

- Frank, A.; Auslander, G.; and Weissgarten, J., (2003). Quality of Life of Patients with End-stage Renal Disease at Various Stages of the Illness. **Social Work in Health Care**. 38(2): 1-27.

- Folkman, S., and Lazarus, R., (1980). An Analysis of Coping in a Middle Aged Community Sample. **Journal of Health and Social Behavior**. 21(3): 219-239.

- Giles, P. and Fitzmaurice, D., (2007). Formula Estimation of Glomerular Filtration Rate: Have We Gone Wrong? **British Medical Journal**. 334 (June9): 1198-1200.

- Grassmann, A., et al., (2005). ESDR Patients in 2004: Global Overview of Patients' Numbers, Treatment Modalities and Associated Trends. **Nephrology Dialysis Transplantation**. 20(12): 2587-2593

- Gurklis, J. and Menke, E., (1995). Chronic Hemodialysis Patient's Perceptions of Stress, Coping and Social Support. **American Nephrology Nurses Association**. 22(4): 381-388.

- Gutch, C.F., and Stoner, M., (1983). **Review of Hemodialysis for Nurses and Dialysis Personnel.** St. Louis: The C. V. Mosby Company.

- Hackett, A. and Watnick, S., (2007). Withdrawal from Dialysis in End-stage Renal Disease: Medical, Social and Psychological Issues. **Seminars in Dilaysis.** 20(1): 86-90.

- Hamer, R., and El Nahas, M., (2006). The Burden of Chronic Kidney Disease: Is Rising Rapidly Worldwide. **British Medical Journal**. 332 (March 11): 563-564.

- Hardy, M. et al., (ed.'s.). (1991). **Psycho-social Aspects of End-Stage Renal Disease: Issues of Our Times.** New York, NY**:** Haworth Press.

- Hargen, B. et al., (2001). The Hemodialysis Machine as a Lifeline: Experiences of Suffering from End-stage Renal Disease. **Journal of Advanced Nursing.** 34(2): 196-202.

- Harwood, L., et al., (2005). Preparing for Hemodialysis: Patient Stressors and Responses. **Nephrology Nursing Journal**. 32(3): 295-302.

- Hijazat, M., and Ajlouni Y., (2008). Hepatitis B Infection among Patients Receiving Chronic Hemodialysis at the Royal Medical Services in Jordan. **Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation**. 19(2): 260-267.

- Holosko, M. and Taylor, P., (ed.'s.). (1994). **Social Work Practice in Health Care Settings**. Toronto, ON: Canadian Scholar's Press.

- Holosko, M. " Social Work Practice Roles in Health Care: Daring to Be Different" in Holosko, M. and Taylor, P., (ed.'s.). (1994). **Social Work Practice in Health Care Settings**. Toronto, ON: Canadian Scholar's Press.

- Kaba, E., et al., (2007). Problems Experienced by Haemodialysis Patients in Greece. **British Journal of Nursing.** 16(14): 868-872.

- Kagan, L., (1979). **Renal Disease: A Manual of Patient Care**. New York, NY: McGraw-Hills.

- Keown, P. and Stiller, C., (1988). Dialysis or Transplant: an Integrated Approach to End-stage Kidney Disease Management. **Kidney International**. 33(24): S145-S149.

- Kidney Disease Outcome Quality Initiative (2002). Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification. **American Journal of Kidney Diseases.** 39 (Supplement 2): S1-S246.

- King, H. et al., (1998). Global Burden of Diabetes 1995-2025: Prevalence, Numerical Estimates, and Projections. **Diabetes Care**. 21(9): 1414-1431.

- Kleinke, C., (1990). **Coping with Life Challenges**. Florence, KY: Brooks/Cole Publishing.

- Kumar, TR., et al., (2003). Level of Stress and Coping Abilities in Patients on Chronic Hemodialysis and Peritoneal Dialysis. **Indian Journal of Nephrology**.13 (3): 89-91.

- Lancaster, L., (ed.), (1979). **The Patient with End-stage Renal Disease**. Toronto, ON: Wiley Medical Publications.

- Lazarus, R., (1993). Coping Theory and Research: Past, Present and Future. **Psychosomatic Medicine**. 55: 234-247.

- Lazarus, R., (ed.), (1963). **Personality and Adjustment**. Englewood Cliffs, CA: Prentice- Hall.

- Lazarus, R., (1966). **Psychological Stress and the Coping Process**. New York, NY: McGraw-Hills.

- Lazarus, R., (1969). **Patterns of Adjustment and Human effectiveness**. New York, NY: Mc Graw-Hills.

- Lazarus, R. and Cohen, J., (1977). Environmental Stress. in Altman, I. and and Wohlwill, J. (ed.'s.). **Human Behavior and Environment**. Vol 2. New York, NY: Plenum.

- Lazarus, R., and Folkman, S., (1984). **Stress, Appraisal and Coping**. New York, NY: Springer Publishing Company.

- Lazarus, R., and Monat, A., (ed.'s.) (1986). **Stress and Coping: Some Current Issues**. New York: Columbia University.

- Lugton, J. and McIntyre, R., (2005). **Palliative Care: The Nursing Role**. Edinburgh: Elsevier.

- Logan, S., (2001). **Stressors and Coping of Hospital Hemodialysis Patients Age 65 Years and Over**. Unpublished Thesis. The University of Brunswick, Ottawa, Canada.

- - Logan, S.; Pelletier-Hibbert, R.; and Hodgins, M., (2006). Stressors and Coping of In-hospital Hemodilaysis Patients Aged 65 Year and Over. **Journal of Advanced Nursing**. 56(4): 382-391.

- Mahdavi-Mazdeh, M., et al., (2008). Assessment and Treatment Responses in Haemodialysis Patients from Tehran Province, Iran. **Nephrology Dialysis Transplantation.** 23(1): 288-293.

- McClellan, M., (2001). Emotional Trauma Associated with Renal Disease and Natural Disasters. **Nephrology Nursing Journal**. 28(5): 529-536.

- Miller, J., (2000). **Coping with Chronic Illness: Overcoming Powerlessness.** Philadelphia, PA: F.A. Davis Company.

- Mok, E. and Tam, B., (2001). Stressors and Coping Methods among Chronic Hemodialysis Patients in Hong Kong. **Journal of Clinical Nursing**. 10(4): 503-511.

- Moeller, S., et al., (2002). ESRD Patients in 2001: Global Overview of Patients, Treatment Modalities and Development Trends. **Nephrology Dialysis Transplantation.** 17: 2071-2076.

- Monat, A., and Lazarus, R., (ed.'s.). (1985). **Stress and Coping: An Anthology**. New York: Columbia University Press.

- Moos, R., and Schaefer, J. "Life Transitions and Crises: A Conceptual Overview". In Moos, R., and Schaefer, J. (ed.'s.) (1986). **Coping with Life Crisis: An Integrated Approach.** New York, NY: Plenum Press.

- Oberley, E. and T., (1975). **Understanding Your New Life with Dialysis: A Patient Guide for Physical and Psychological Adjustment to Maintenance Dialysis.** Springfield, IL: Charles C Thomas.

- O'connell, M., (1994). **The Relationship between Coping and Adjustment: A Multidimensional Investigation of the Chronic Pain Condition**. Published Ph.D. Thesis. Tallahassee, FL, the Florida State University.

- Plamer, S., (1978). Social Work in Home Dialysis. Responding to Trends in Health Care. **Social Work in Health Care**. 3(4):149-175.

- Polit, D. and Hungler, B., (1991). **Nursing Research: Principles and Methods**. Philadelphia: J.B Lippincott Company.

- Porter, G., (1997). Renal Rehabilitation: Effecting Improvement Through the Team Approach. **Nephrology**. 3(3): 221-229.

- Quinan, P., (2007). Control and Coping for Individuals with End Stage Renal Disease on Hemodialysis: A Position Paper. **Canadian Association of Nephrology Nurses and Technologists Journal**. 17(3): 77-84.

- Rathus, S., and Nevid, J., (1999). **Adjustment and Growth. The Challenges of Life.** Orlando, FL: Harcourt Brace.

- Reichsman, F., and Levy, N., (1972). Problems in Adaptation to Maintenance Hemodialysis: A Four- Year Study of 25 Patients. **Archives of Internal Medicine**. 130(6):859-865.

- Reif, L., (1975). Beyond Medical Intervention Strategies for Managing Life in Face of Chronic Illness. In Davis, M. et al. (eds.),

Nurses in Practice: A perspective on Work Environments. Pp.261-273. St. Louis: CV Mosby.

- Riopelle, D., (2005). **Hemodialysis Patients' Psychosocial Characteristics and Quality of Life Indicators**. Unpublished Thesis. School of Social Work, MicGill University, Montreal, Canada.

- Sacca, E., and Hazza, I., (2005). Pediatric End-stage Renal Disease: Single Center Analysis. **Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation.** 14(7): 581-585.

- Saeed, B., et al., (2008). Volume of Organ Failure in Syria and Obstacles to Initiate a National Cadaver Donation Program. **Iranian Journal of Kidney Diseases.** 2(2):65-71.

- Said, R. (1999). Acute Renal Failure in Jordan. **Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation.** 9(4):301-305.

- Said, R., (1999). Renal Replacement Therapy in Jordan. **Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation**. 10(1):64-65.

- Said, R., et al., 1995). Hepatitis C Virus Infection in Hemodialysis Patients in Jordan. **Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation**. 6(2): 140-143.

- Scharloo, M., (2002). **Illness Perceptions, Coping and Functional Status in Chronic Patients**. A published Ph.D Dissertation. Leiden University, Netherlands.

- Schieppati, A., and Remuzzi, G., (2005). Chronic Renal Diseases as a Health Problem: Epidemiology, Social and Economic Implications. **Kidney International.** 68(Supplement 98): S7-S10.

- Schlestinger, E., (1985). **Health Care Social Work Practice: Concepts and Strategies**. St. Louis: Times Morris/Mosby College Publishing.

- Stapleton, S., "Powerlessness in Persons with End-Stage Renal Disease". Miller, J., (2000). **Coping with Chronic Illness: Overcoming Powerlessness.** Philadelphia, PA: F.A. Davis Company.

- Strauss, A. and Glaser, B., (1975). **Chronic Illness and the Quality of Life**. St. Louis, MO: The C. V. Mosby Company.

- Strauss, M. and Welt, L., (1971). **Diseases of the Kidney**. Volume (1). 2nd edition. Boston, MA: Little Brown and Company.

- Suszycki, L., et al., (ed.'s.), (1984). **Social Work and Terminal Care.** New York, NY: Praeger Publishers.

- Takruri, H., Hamzeh, Y., and Sweiss, A., (1995). Hemodialysis Patients in Jordan: a Comprehensive Survey. **Dialysis & Transplantation.** 24 (December 1995) (12)**:** 678-682.

- The United Nations' Publications, (2002). **World Population Ageing: (1950-2050)**. New York, NY.

- The United Nations Development Program (UNDP), (2009). **Human Development Report 2009: Overcoming barriers: Human Mobility and Development**. New York, NY.

- Welch, J. and Austin, J., (2001). Stressors, Coping and Depression in Hemodialysis Patients. **Journal of Advanced Nursing**. 33(2): 200-207.

- Zimmet, P., et al., (2001). Global and Societal Implications of the Diabetic Epidemic. **Nature**. 414: 782-787.

المواقع على شبكة الاتصال الالكترونية (الانترنت)

أ. المواقع العربية:

- المعجم الطبي الموحد. منظمة الصحة العالميـة. المكتـب الإقليمـي للـشرق الأوسـط. http://www.emro.who.int/umd ، استخرج بتاريخ ٢٠٠٩/١/٢٠.

- جريدة الرأي www.alrai.com، استخرج بتاريخ ٢٠٠٩/٣/٢٨.

- دائرة الإحصاءات العامة في المملكة الأردنية الهاشمية (٢٠٠٨). **الأردن بالأرقـام**. علـى شبكة الانترنت http://www.dos.gov.jo، استخرج بتاريخ ٢٠٠٩/٤/٤.

- دائرة الإحصاءات العامة في المملكة الأردنية الهاشمية (شباط، ٢٠٠٩). **التقرير التحليلـي للنتـائج الـسنوية لمـسح العمالـة والبطالـة ٢٠٠٨**. علـى شـبكة الانترنـت http://www.dos.gov.jo ، استخرج بتاريخ ٢٠٠٩/١٠/٣.

- منظمة الصحة العالمية، (٢٠٠٥). **توقي الأمراض المزمنـة: اسـتثمار بـالغ الأهميـة**. http://who.int/chp/chronic_disease_report، استخرج بتاريخ ٢٠٠٩/٩/١٧.

- وزارة الصحة المملكة الأردنية الهاشـمية، مديريـة المعلومـات والدراسـات. **التقريـر الإحصائي السنوي ٢٠٠٧**. موقع وزارة الصحة على شبكة الانترنـت www.moh.gov.jo، استخرج بتاريخ ٢٠٠٩/٥/١٦.

ب. المواقع الانجليزية:

- International Federation of Kidney Foundations, (2009). **World Kidney Day**. http://www.ifkf.net/WORLDKIDNEYDAY/tabid/55/Default.aspx, Retrieved Sep. 2 , 2009.

- International Federation of Renal Registries. On-line http://www.ifrr.net/. Retrieved on Jul. 11, 2009.

- International Society of Nephrology. On-line http://www.nature.com/isn/index.html, Retrieved on Sep. 2, 2009.

- **Kidney Foundation of Canada** (2004). Diabetes and Kidney Disease [Brochure]. On-line https://kidney.ca/english/publications/brochures/diabetes/diabetes.htm Retrieved Sep. 17, 2009.

- The United States Renal Data System (2006). **Annual Data Report: Atlas of End- Stage Renal Disease**. Bethesda: National Institutes of health and the National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Available at http://www.usrds.org/2006/view/default.asp Retrieved on Jan. 3, 2009.

- The United States Renal Data System (2008). **Annual Data Report: Atlas of End- Stage Renal Disease**. Bethesda: National Institutes of health and the National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. On-line http://www.usrds.org/2008/view/default.asp Retrieved on Jan. 3, 2009.

- UNICEF (2009). The Convention on the Rights of the Child. On-line www.unicef.org/arabic/crc/34726_50765.html. Retrieved on Dec.2, 2009.

- World Health Organization (2009). **Burden of Disease Project**. On-line http://www3.who.int/whosis.menu.cfm?path=evidence,burden&language=English. Retrieved on Sep. 3, 2009.

- World Health Organization (2009). Chronic Diseases. On-line http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/ Retrieved on May. 14, 2009.

- World Health Organization. **Fact Sheet on Diabetes**. On-line http://who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/. Retrieved on Sep. 6, 2009.

- World Health Organization (2005). **Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment**. On-line http://who.int/chp/chronic_disease_report/en/, Retrieved on Sep. 17, 2009.

- World Health Organization (2009). **Ten Facts about Chronic Disease**. On-line http://www.who.int/features/factfiles/chp/01_en.html Retrieved on Jan.4, 2009.

- World Health Organization (2008). **The World Health Report: Primary Health Care Now More Than Ever.** On-line http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf, Retrieved on Sep. 20, 2009.

- World Health Organization (2002). **The World Health Report: Reducing Risks, Promoting Health Life.** On-line http://www.who.int/whr/2002/en/ , Retrieved on Feb. 10, 2009.

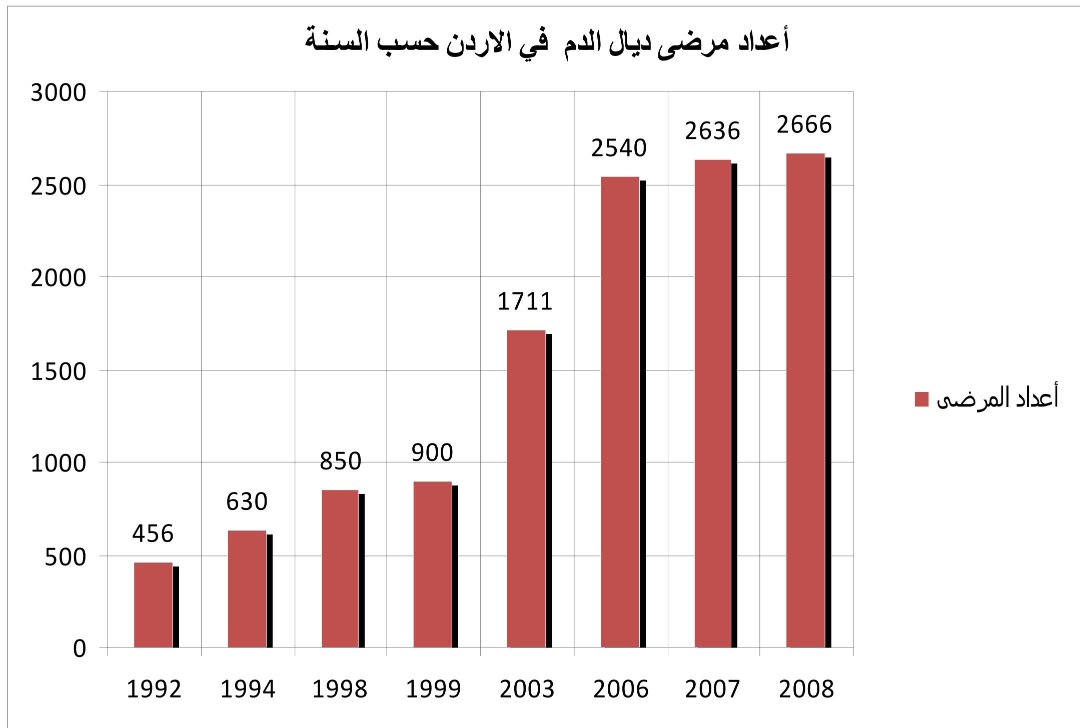
- World Kidney Day: a joint initiative of International Society of Nephrology and the International Federation of Kidney Foundations. **Key Facts**. On-line http://worldkidneyday.org/pages/facts.php and http://www.worldkidneyday.org/page/prevalence-of-disease , Retrieved on Sep. 6, 2009.

مـلاحـق الدراسـة

ملحق رقم (١)

شكل رقم (١)

توزيع أعداد مرضى ديال الدم في الأردن حسب السنة

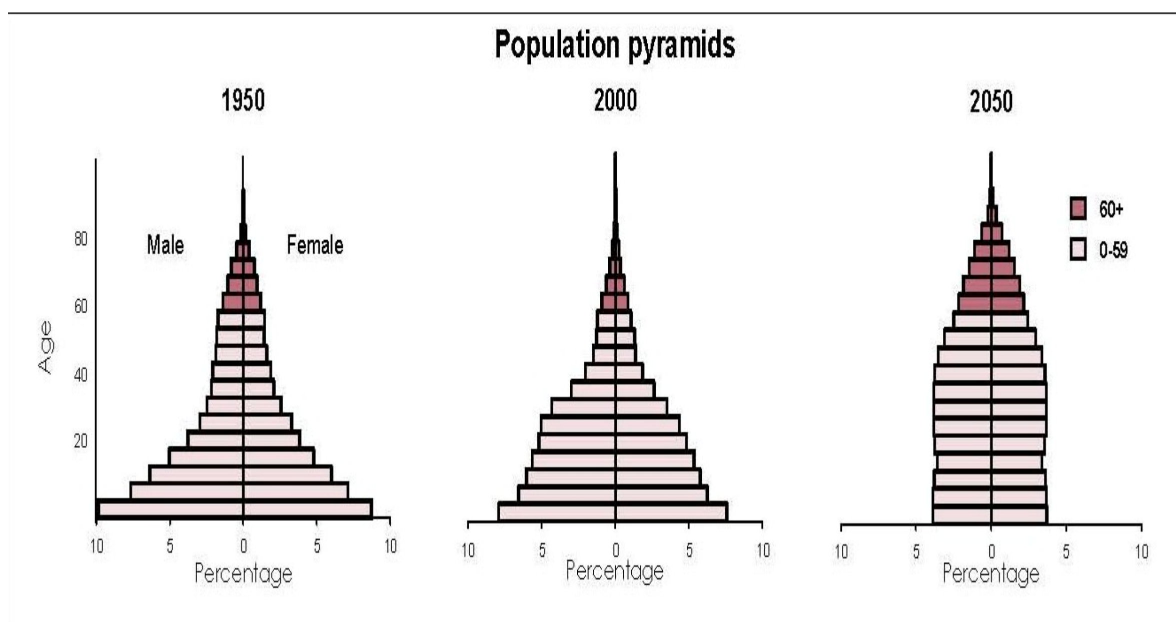


المصدر: السجل الوطني لمرضى الكلى في الأردن، ٢٠٠٩، اتصال شخصي

ملحق رقم (٢)

شكل رقم (٢)

التوزيع النسبي للسكان في الأردن وفق النوع والعمر



المصدر: United Nations. World Population Ageing :(1950-2050), 2002, P. 289.

ملحق رقم (٣)

الإحصائية العامة لمرضى فشل الكلى المزمن الخاضعين للعلاج بديال الدم لدى كافة المستشفيات في الأردن على اختلاف فئات التأمين الخاصة بهم

من١/١ حتى ٢٠٠٧/١٢/٣١

المستشفى	تأمين صحي مدني	تأمين صحي بطاقة غير قادرين	وزارة الصحة صندوق الكلى	وحدة شؤون مرضى الديوان الملكي	إعفاء وزير الصحة	إعفاء رئاسة الوزراء	تأمين العسكريين	مكتب مستشار جلالة الملك لشؤون العشائر	التأمينات الجامعية	غير ذلك	المجموع
مستشفيات وزارة الصحة	196	175	194	18	0	7	160	0	0	1	**751**
مستشفيات الخدمات الطبية الملكية	26	11	22	4	0	0	393	0	0	0	**456**
مستشفى الجامعة الأردنية	14	2	38	1	0	0	0	0	14	0	**69**
مستشفى الملك عبد الله المؤسس	35	5	10	16	0	0	0	0	1	1	**68**
مستشفيات القطاع الخاص	438	214	640	0	0	0	0	0	0	0	**1292**
المجموع	**709**	**407**	**904**	**39**	**0**	**7**	**553**	**0**	**15**	**2**	**2636**

المصدر: قسم شؤون مرضى الكلى، مديرية الشؤون الفنية في إدارة التأمين الصحي، اتصال شخصي، ٢٠٠٨.

ملحق رقم (٤)

استمارة الدراسة

رقم التسلسل: - - - - - - -

ملاحظات:

ا ستشفى: -

عزيزي ا ريض/ عزيز ا ريضة،

تشكل هذه الاستمارة أداة مع البيانات ال ستستخدم دراسة جامعية لغايات ا صول على درجة ا اجست العمل الاجتماعي. دف هذه الدراسة إ ديد الضغوطات ال يواجهها مرضى غسيل الكلى، والتعرف إ ابزر الوسائل ال يستعملها ا رضى للتغلب على ا صاعب أو ا شاكل ال يواجهو ا نتيجة إخضاعهم للعلاج بالكلية الصناعية.

ا طلوب الإجابة على فقرات الاستمارة بكل صدق، وصراحة، وأمانة، علما بان ا علومـات الـ سـيد ـا ستستخدم لأغراض البحث العلمي فقط وستعامل بسرية تامة.

لذا، يرجى التكرم بالإجابة على يع الأسئلة والعبارات الواردة الاستبيان بكل دقة.

شاكرة لك حسن التعاون

الباحثة

د ا البقاء

عزيزي ا ريض/ عزيز ا ريضة،

أضع ب يديك متغ ات هامة ص الدراسة أرجو الإجابة عنها يعها إما بوضع دائرة، أو ملء الفـراغ بالإجابـة ا ناسبة.

(١) النوع: ١. ذكر. ٢. أنثى.

(٢) ا الة الزواجية: ١. أعزب. ٢. متزوج. ٣. مطلق. ٤. أرمل.

(٣) ا الة التعليمية: ١. أمي. ٢. أساسي. ٣. ثانوي. ٤. كلية تمع. ٥. جـــامعي.

(٤) عدد أفراد الأسرة:---------.

(٥) عدد الأبناء ا تزوج ---------.

(٦) تسكن/ين مع: ١. الزوج/ـة.
٢. الزوج/ـة والابناء.
٣.أحد الابناء.
٤. الأب والأم.
٥. الأخوة.
٦. أحد الأقارب.
٧. لوحدك.
٨. أخرى (يرجى التحديد)--------------------.

(٧) العمر بالسنوات الكاملة :------------------------------.

(٨) هل تعمل/ين ؟ ١. نعم . ٢. لا.


إذا كانت إجابتك على السؤال السابق نعم

(٩) فما هو العمل الرئيسي ا ا الذي تقوم/ين به: -------------------.

(١٠) هل تعمل/ين : ١. بدوام كامل (٤٠ ساعة الأسبوع). ٢. بدوام جزئي (اقل من ٤٠ ساعة الأسبوع).

إذا كنت لا تعمل خارج ا ل أرجو الإجابة على السؤال رقم (١١)

(١١) هل أنت : ١. طالب. ٢. ربة بيت. ٣.متقاعد. ٤ . عاجز.

(١٢) ما متوسط دخل أسرتك الشهري بالدينار الأرد ؟ ----------------------دينار أرد .

(١٣) م بدأت بتلقي العلاج بالغسيل عن طريق الكلية الصناعية؟ منذ --------- سنة.

(١٤) عدد ا رات ال ضع فيها لغسيل الكلية <u>أسبوعيا</u> هو--------------------------.

(١٥) ا عدل الزم لكل جلسة غسيل بالكلية الصناعية ------------- ساعة.

(١٦) سبب إصابتك رض فشل الكلى ا زمن هو:

1. **السكري.**
2. **أي من أمراض القلب.**
3. **التهاب حبيبات الكلية ا ناعي ا زمن.**
4. **ارتفاع ضغط الدم.**
5. **أمراض تكيس الكلية الوراثي.**
6. **أمراض أخرى (يرجى التحديد)-----------------------------.**

(١٧) كيف تغطي نفقة علاجك بالكلية الصناعية؟

1. **على نفق الشخصية .**
2. **على نفقة صندوق مرضى الكلى التابع لوزارة الصحة.**
3. **على نفقة التأم الصحي ا د .**
4. **لدي تأم خاص.**
5. **على نفقة التأم الصحي العسكري.**
6. **أخرى (يرجى التحديد)-----------------------------.**

إذا كانت نفقة علاجك بالكلية الصناعية مغطاة من قبل أي من أشكال التأم السابق ذكرها السؤال رقم (١٧) **أرجو الإجابة على التا :**

(١٨) التأم يغطي كلفة علاجك: ١. بشكل كامل. ٢. بشكل جزئي.

(١٩) إذا كان التأم يغطي تكاليف علاجك بشكل جزئي، فان نسبة هذه التغطية هي ....%.

عزيزي ا ريض/ عزيز ا ريضة،

ا دول التا موعة من الضغوطات ال تتعرض ا و ال فد تتسبب مضايقتك، ضع إشـارة (✓) مربـع الإجابة الذي يع عن حالتك.

	ا كـــون	يضايقني كثيرا	يضايقني إلى حد ما	لا ينطبق/ محايد	يضايقني قليلا	لا يضايقني على الإطلاق
		الإجابـة				
أ.	الضغوطات ا سدية					
١.	الشعور بالإعياء و بالتعـــب					
٢.	أ وتقلص العضلات					
٣.	ا ـكـــة					
٤.	تصلب ا فاصل					
ب.	الضغوطات ا تعلقة با عا ة الطبية					
٥.	وجود القـسطرة التحويليـة ا ارجيـة أو الداخلية					
٦.	الاعتماد على آلة غسيل الكلى (التعويضية)					
٧.	طول وقت جلسة علاج الغسيل					
٨.	التنقل من وا وحدة غسيل الكلى					
٩.	تعامل الكادر الط معك					
١٠.	نقص الإمكانات وحدة غـسيل الكليـة الصناعية					
١١.	تكلفة علاج الغسيل					
١٢.	تعارض مواعيد جلسات الغسيل مع عملك					
ج.	الضغوطات ا تعلقة بالأسرة					
١٣.	تبادل الدور العائلي مع الزوج/الزوجة					
١٤	ا فاض القدرة على الإ اب					
١٥.	الاعتماد على الأبناء تدب أمور حياتك					
١٦.	التأث السل على ا ياة الاجتماعية وقلـة الاختلاط بالناس					

		الإجابـة				
	ا كــ ـون	يضايق كثـ ا	يضايق إ حد ما	لا ينطبق/ ايد	يضايق قليلا	لا يضايق على الإطلاق
د.الضغوطات النفسية						
.١٧	التغ ا ظهر (الشكل) ا سما					
.١٨	تكرار دخول ا ستشفى					
.١٩	التقيد بأنواع معينة من الغذاء					
.٢٠	ا فاض القدرة ا نسية					
.٢١	التقليل من كمية شرب السوائل					
.٢٢	النظرة السلبية رضى الكلى من قبل ا تمع					
.٢٣	ا وف من ا وت					
هـ.	الضغوطات ا تعلقة بالتغ ط ا ياة					
.٢٤	فقدان الاستقلالية					
.٢٥	عدم القدرة على ارسة نشاطاتك اليوميـة كما السابق					
.٢٦	انعدام الأمان ا ادي بسبب فقدان العمل					
.٢٧	غموض ا ستقبل					

مقياس جالويك للتغلب على ا شاكل أو ا صاعب ا تواجه الإنسان

عزيزي ا ريض/عزيز ا ريضة،

يلجأ الفرد حياته إ العديد من الأساليب والوسائل التعامل مع الضغوطات وا شاكل ا تواجهه. فيما يلي عدد من الأساليب والطرق. أرجو منك أن تش إ ا دى الذي أت، أو تلجأ إليه، استخدام كل أسلوب من هذه الأساليب واجهة مشكلة مرضك. الرجاء وضع إشارة (✓) ا ربع الذي يصف حالتك.

أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	الأسـ ا ـوب/ الوسيلة	الرقم
				أنظر با ابية إ الأمور على الرغم من مرضي	.١
				أقوم بأعمال أستمتع ا مثل ارسة الرياضية، القراءة...	.٢
				أتضايق وانفعل بسبب مرضي	.٣
				أنظر ا مشكلة مرضي وضوعية ومن يع النواحي	.٤
				أ دث عن مشكلة مرضي مع أحد الأشخاص ا ختـ صـ مـ ثلا الطبيب، ا مرض، الأخصائي الاجتماعي، رجل الدين..	.٥
				أحتفظ شاعري حول مشكلة مرضي لنفسي	.٦
				أصلي إ ا وأتوكل عليه	.٧
				ألوم شخصا ما كونه السبب إصاب با رض	.٨
				أبدي استسلاما للوضع لأنه ليس لدي أمل	.٩
				أ نب البقاء مع الناس	.١٠
				أستخدم الأدوية ا هدئة كي أحد من أثر الضغوطات ا أعانيها	.١١
				ألوم نفسي لإصاب ذا ا رض	.١٢
				أدخن أكثر من ا عتاد	.١٣
				أحاول أن أكون مرحا	.١٤
				أقول أن إصاب با رض هو رد سوء حظ	.١٥
				أ ث كي أعرف معلومات أكثر عن طبيعة مرضي	.١٦
				أفضل أن أواجه مشكلة مرضي لوحدي	.١٧

الرقم	الأسـلـوب/ الوسيلة	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا
١٨.	أ دث عن مشكلة مرضي مع العائلة أو الأصدقاء				
١٩.	أعكس ضغوطا النفسية على الآخرين				
٢٠.	أحاول أن أسير حيا على طبيعتها كما كانت عليه قبل إصـاب با رض				
٢١.	أبذل جهدا التعامل مع أي مشكلة مهما كانت صعوبتها				
٢٢.	أ أن تنتهي مشكلة مرضي				
٢٣.	أتوقع أن دث الأسوأ				
٢٤.	أتعامل مع ما دث نتيجة مرضي خطوة طوة				

***انتـهـت الاستمارة ***

ملحق رقم (٥)

كتاب تسهيل مهمة موجه من الجامعة الأردنية إلى مدير عام المستشفى التخصصي



THE UNIVERSITY OF JORDAN

معهد العمل الاجتماعي
Social Work Institute

التـــاريخ: ٢٠٠٩/١/١٥

عطوفة مدير عام المستشفى التخصصي الأكرم

تحية طيبة وبعد،،،

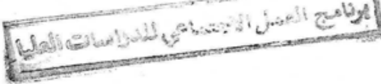
انّ الطالبة ديما عبدالله البقاعين ورقمها الجامعي (٨٠٥٠٩٣٨)، المسجلة في برنامج العمل الاجتماعي للماجستير تقوم بإعداد رسالتها الجامعية بعنوان "الضغوطات وأساليب التكيف لدى مرضى التنقية الدموية في المستشفيات الحكومية والخاصة في مدينة عمان". وتحتاج إلى بعض المعلومات وتوزيع الاستبانة الخاصة برسالتها.

أرجو التكرم بمساعدة الطالبة وتسهيل مهمتها علما بأن، المعلومات ستكون لأغراض البحث العلمي.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

عميد معهد العمل الاجتماعي

الدكتور حمود عليمات



هاتف – ٥٣٥٥٠٠٠ (٩٦٢-٦) فرعي – ٢٤٩٨٨ فاكس – ٥٣٥٣٢١٧ (٩٦٢-٦) عمان ١١٩٤٢ الأردن
Tel: (962-6) 5355000 Ext: 24988 Fax: (962-6) 5353217 Amman 11942 Jordan
E-mail: admin@ju.edu.jo

ملحق رقم (٦)

كتاب تسهيل مهمة موجه من الجامعة الأردنية إلى وزارة الصحة



الجامعة الأردنية
THE UNIVERSITY OF JORDAN

معهد العمل الاجتماعي
Social Work Institute

التـاريخ: ٢٠٠٩/١/١٢

السـادة وزارة الـصحـة

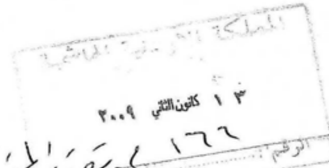
تحية طيبة وبعد،،،

انَّ الطالبة ديما عبدالله البقاعين ورقمها الجامعي (٨٠٥٠٩٣٨)، المسجلة في برنامج العمل الاجتماعي للماجستير تقوم بإعداد رسالتها الجامعية بعنوان "الضغوطات وأساليب التكيف لدى مرضى التنقية الدموية في المستشفيات الحكومية والخاصة في مدينة عمان". وتحتاج إلى بعض المعلومات وتوزيع الاستبانة الخاصة برسالتها في مستشفى البشير ومستشفى التخصصي.

أرجو التكرم بمساعدة الطالبة وتسهيل مهمتها علما بأن، المعلومات ستكون لأغراض البحث العلمي.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

الدكتور صلاح اللوزي
مشرف الطالبة
برنامج العمل الاجتماعي للدراسات العليا



هاتف – ٥٣٥٥٠٠٠ (٦-٩٦٢) فرعي – ٢٤٩٨٨ فاكس – ٥٣٥٣٢١٧ (٦-٩٦٢) عمان ١١٩٤٢ الأردن
Tel: (962-6) 5355000 Ext: 24988 Fax: (962-6) 5353217 Amman 11942 Jordan
E-mail: admin@ju.edu.jo

ملحق رقم (٧)

كتاب موجه من مديرية تطوير الموارد البشرية في وزارة الصحة إلى رئيس لجنة أخلاقيات البحث العلمي



وزارة الصحة

الرقم تطوير تدريب ١٠٧٩
التاريخ
الموافق ٤/٢/٢٠٠٩

مدير مستشفى البشير
رئيس لجنة اخلاقيات البحث العلمي

تحية طيبة وبعد ،،،

ارفق طيا صورة عن كتاب الجامعة الاردنية رقم بلا تاريخ ٢٠٠٩/١/١٢ بخصوص طلب الموافقة على قيام طالبة الماجستير ديما عبد الله البقاعين عمل بحث بعنوان :

" الضغوطات واساليب التكيف لدى مرضى التنقية الدموية في المستشفيات الحكومية والخاصة في مدينة عمان"

وذلك عن طريق توزيع الاستبيان المرفق على المرضى الخاضعين لغسيل الكلى في مستشفى البشير .

ارجو التكرم بالاطلاع واعلامي امكانية الموافقة على اجراء البحث اعلاه .

واقبلوا احترامي ،،،

/ مدير تطوير الموارد البشرية المكلف

الدكتورة عفاف الداوود

مديرية تطوير الموارد البشرية
الدكتور / محمد شحادة الخياط

نسخة / الملف
هـ م

ملحق رقم (٨)

كتاب موافقة لجنة أخلاقيات البحث العلمي على إجراء الدراسة



م ب ا / لجنة اخلاقيات / ٦١٧٥

الرقم

التاريخ ٣/٥/٢٠٠٩

الموافق

مدير تطوير الموارد البشريه

تحيه طيبه وبعد ،،،

اشاره لكتابكم رقم تطوير / تدريب /١٠٧٩ تاريخ ٢٠٠٩/٢/٤ بخصوص البحث المقدم من الباحثه ديما عبد الله البقاعين ٠

بعنوان :

" الضغوط واساليب التكيف لدى مرضى التنقيه الدمويه في المستشفيات الحكوميه والخاصه في مدينة عمان " ٠

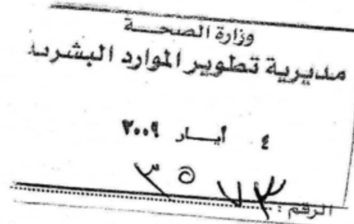
يرجى التكرم بالعلم بأن لجنة اخلاقيات البحث العلمي قد قامت بأجراء الدراسه اللازمه على البحث المشار اليه اعلاه وقد قامت الباحثه بأجراء التعديلات المطلوبه على البحث٠

وعليه قررت اللجنه الموافقه على اجراء البحث ٠

واقبلوا الاحترام

رئيس لجنة اخلاقيات البحث العلمي

الدكتور عبد الهادي البريزات



ص ب /رس

المملكة الأردنية الهاشمية

هاتف: ٥٢٠٠٢٣٠ ٦ ٩٦٢+ فاكس: ٥٦٨٨٣٧٣ ٦ ٩٦٢+ ص.ب ٨٦ عمان ١١١١٨ الأردن. الموقع الإلكتروني: www.moh.gov.jo

ملحق رقم (٩)

كتاب موجه إلى مدير مستشفى البشير للإيعاز بتسهيل مهمة الباحثة



وزارة الصحة

الرقم: مطبعة ت. ز ٢٠٠٩
التاريخ: ....
الموافق: ٥/٥/٢٠٠٩

مدير مستشفى البشير

تحية طيبة وبعد ،،،

أرفق طياً صورة عن كتابكم رقم م ب أ / لجنة أخلاقيات / ٦١٧٠ تاريخ ٢٠٠٩/٥/٣ بخصوص الموافقة على إجراء البحث المقدم من الباحثة السيدة ديما عبدالله بقاعين بعنوان :-

(الضغوط وأساليب التكيف لدى مرضى التنقية الدموية في المستشفيات الحكومية والخاصة في مدينة عمان)

وذلك عن طريق توزيع الإستبيان المرفق صورة عنه على المرضى الخاضعين لغسيل الكلى في مستشفى البشير •

ارجو التكرم بالإيعاز لمن يلزم تسهيل مهمة الباحثة أعلاه في إجراء البحث أعلاه•

واقبلوا الإحترام ،،،

مدير تطوير الموارد البشرية
الدكتور أيوب السيايدة

نسخة / الملف
ع ش

المملكة الأردنية الهاشمية
هاتف: ٥٢٠٠٢٣٠ ٦ ٩٦٢+ فاكس: ٥٦٨٨٣٧٣ ٦ ٩٦٢+ ص.ب ٨٦ عمان ١١١١٨ الأردن. الموقع الإلكتروني: www.moh.gov.jo

ملحق رقم (١٠)

موافقة رئيس قسم الباطني في مستشفى البشير على توزيع استمارة الدراسة

وزارة الصحة

لائحة الوقائع

رقم الكتاب وتاريخه	رقم الملف ورقم المعاملة

من .... بخصوص الموافقة على اجراء بحث ميداني

الباحثة ديما البواعنة

الرقم	التاريخ	إلى	المشروحات والتوقيع
١	١٧/٥/٢٠٠٩	المساعد الاداري	للاطلاع واجراءاتكم لطفاً .....
٢	١٧/٥/٢٠٠٩	رئيس قسم	الباطنية المحترم للدكتور صلاح لاجراءاتكم لطفاً الدكتور عوني حميد مساعد المدير للشؤون الادارية الدكتور - ابراهيم حداد لاجراءاتكم
	١٧/٥/٢٠٠٩	رئيس قسم	الباطني المحترم لا مانع من توزيع الاستبيانات على المرضى شاكرة التعاون والسير بالاجراءات حسب الاصول الدكتور ابراهيم حداد اخصائي امراض باطنية وقلب الدكتور ابراهيم حداد

قرار رقم ٩٦/٢٠

STRESSORS AND COPING STRATEGIES AMONG PATIENTS UNDERGOING HEMODIALYSIS IN PUBLIC AND PRIVATE HOSPITALS IN AMMAN CITY

By
Dima A. Al- Baqain

Supervisor
Dr. Salah H. Al- Louzi

ABSTRACT

Chronic-life threatening illnesses, such as chronic kidney failure and its associated treatments, impose a variety of long-term physical and psychosocial stressors which challenge patients in their efforts to accommodate and cope with their conditions.

The main purposes of this study were to examine the general demographic, socio-economic characteristics of the hemodialysis patients, to identify the types of stressors experienced by the participating patients, and the use of various coping strategies to manage these stressors. Participants' sex, age and economic status were investigated to determine whether such factors influenced the type and severity of stressors faced by the patients.

The study encompassed all patients over 18 years of age, receiving hemodialysis at the dialysis units in the Speciality Hospital (private Sector) and Al Basheer Hospital (Public Sector) in Amman city, with a total number of 162 patients from both hospitals.

The main findings revealed that stressors confronted by hemodialysis patients vary in their severity. Results indicated that while physiological

stressors ranked highly in terms of severity, stressors related to the medical treatment were judged by the patients as the least severe. Among the physiological stressors, fatigue and muscle cramps topped the list. No statistically significant relationship was found between all stressors and any of the social or economic factors. However, significant statistical differences were found in relation to the severity of some of the individual stressors due to factors like sex, age, and economic status.

Patients used diverse coping strategies in managing stressors with a significantly greater tendency to using problem-oriented coping methods than emotion-oriented methods, such as withdrawal. The findings also revealed the role of religion in patients' lives and its influence on the management of the various stressors caused by their illness. 88.1% of the responses confirmed that confidence in God and prayer are used by patients as an avenue to ease their suffering. This coping method was the most frequently used by the patients.

The study arrived at many recommendations including that a holistic approach should be adopted in providing treatment and rehabilitation to patients with chronic kidney failure including medical, psychological and social aspects. Encouraging research which monitors the development of the disease and sets up controlling strategies is a priority. Recommendations also stressed the importance of establishing advanced health care systems including and efficient referral system based on the collaborative efforts of all concerned parties. The role of the medical social worker in providing care to the patients and their families is indispensable, and needs to be activated. Finally, changing health care policies to be more inclusive of preventive programs is vital. Setting up evaluation mechanisms to assess the different modalities of treatment and the patient's quality of life is equally important.